

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y
PODOLOGÍA



ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA UNIDAD DE
ATENCIÓN E INFORMACIÓN A LA FAMILIA DEL
PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL
HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Carmen Gamella Pizarro

Bajo la dirección de los doctores

Juan J. González Armengol
Jesús Sánchez Martos

MADRID, 2013

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
Escuela Universitaria de Enfermería,
Fisioterapia y Podología



TESIS DOCTORAL

***“ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA UNIDAD
DE ATENCIÓN E INFORMACIÓN A LA FAMILIA DEL PACIENTE
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
DEL HOSPITAL CLÍNICO DE SAN CARLOS”***

Dña. Carmen Gamella Pizarro
2012

Directores:

Dr. D. Juan J. González Armengol
Dr. D. Jesús Sánchez Martos

INFORME DEL DIRECTOR/ES DE LA TESIS

D. JESÚS SÁNCHEZ MARTOS, Catedrático de Escuela en el Departamento de Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid, y D. JUAN JORGE GONZÁLEZ ARMENGOL, Jefe de la Unidad de Urgencias del Hospital Clínico de San* Carlos.

HACEN CONSTAR: Que el trabajo de investigación realizado por Dña. CARMEN GAMELLA PIZARRO con el título "ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN E INFORMACIÓN A LA FAMILIA DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS", ha sido realizado bajo nuestra dirección, siguiendo una rigurosa metodología, presentando unos resultados muy interesantes y dignos de tener en consideración igual que las conclusiones derivadas de los mismos y acordes a los objetivos propuestos. Todo lo cual hace que dicho trabajo de investigación pueda ser defendido para optar al Grado de Doctor.

Fecha 10 de septiembre de 2012

Firma

D.N.I. 50156483S

Fecha 10 de septiembre de 2012

Firma

D.N.I. 688300W

Fecha

Firma

D.N.I.

EVALUADORES ESPECIALISTAS EN LA MATERIA (7)

artº. 4.9 b y 4.9 c de la Normativa de desarrollo del R.D. 1393/2007 (Deberá indicarse cual de los especialistas está incluido en el programa de Doctorado)

Nombre
JUAN VICENTE BENEIT MONTESINOS☒ INTERNOD.N.I.
1797607LCentro
ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA/UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRIDNombre
DAVID MARTÍNEZ HERNÁNDEZD.N.I.
22444699BCentro
FACULTAD DE MEDICINA/UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Nombre

D.N.I.

Centro

APROBACIÓN DEL ÓRGANO RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE POSTGRADO (3)

(Se deberá reflejar la aprobación de la admisión a trámite por el Órgano Responsable del Programa de Postgrado, acompañando a este impreso los informes señalados en el art. 4.6, y los emitidos por los especialistas señalados en el apartado anterior, de acuerdo con la Normativa de Desarrollo de la UCM, del R.D. 1393/2007, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.

Reunida la Comisión de Doctorado del Órgano Responsable del Posgrado CUIDADOS EN SALUD, y una vez analizada la metodología y contenidos del trabajo realizado por Dña. CARMEN GAMELLA PIZARRO bajo el título "ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN E INFORMACIÓN A LA FAMILIA DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS", acuerda informarlo favorablemente para que pueda ser defendido como Tesis Doctoral

Fecha 12 de septiembre de 2012

Firma

*A mi familia.
Especialmente a mis padres,
porque en la senectud de su vida
y en la madurez de la mía,
continúan haciéndome aprender y,
sobre todo, crecer como persona.
A mi madre, porque aún sin recuerdos,
siempre me reconoce como alguien querido.*

A mis amigos, esos que siempre están.

Siempre, Juntos es suficiente un sueño.

AGRADECIMIENTOS

Tengo la suerte de poder estar agradecida a tantas personas que me han ayudado a hacer posible que lo que era un proyecto hoy sea una realidad, que ahora se me hace complicado resumir mi gratitud...

A todos los compañeros, docentes y personal de administración y servicios, de la Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología en general y del Departamento de Enfermería en particular; de forma especial a aquellos que durante estos dos últimos años se han interesado y me han animado de manera continua con el desarrollo de este trabajo.

A Dña. Fuencisla Sanz, y a todo el personal de la Biblioteca de la Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología, especialmente a M^a Carmen Álvarez y M^a Luisa Ambrós, por su ayuda en la adecuación y revisión bibliográfica en este estudio y porque siempre me han tenido presente en cuantos trabajos han considerado de interés para el desarrollo del mismo.

A los profesores Dr. D. Antonio Villarino y Dra. Dña. Paloma Posada, por vuestro apoyo y por vuestra ayuda en tantos momentos a lo largo de estos años.

A todos los profesores del Máster de Investigación en Cuidados de Salud de los que, sin excepción, he podido recordar, aprender y reafirmar no solo conocimientos, sino tantas convicciones.

Mi especial agradecimiento al Prof. Dr. D. Juan V. Beneit por tu trabajo y tu empeño en desarrollar el mencionado Máster: sin ti esta idea nunca hubiera podido ser una realidad y esta Tesis no hubiera podido ser tal. Gracias, Juan.

También un especial agradecimiento para mis alumnos a lo largo de estos veintitrés años: ellos han sido una de mis fuentes de aprendizaje y mi verdadera fuente de experiencia en la Universidad.

A todos los profesionales y servicios, clínicos y administrativos, que desde el Hospital Clínico de San Carlos ha hecho posible el trabajo de campo y la obtención de datos de este estudio.

Muy especialmente a D. José Soto porque, como Gerente, nos brindaste la llave maestra del Hospital y te implicaste desde el principio con nuestra intervención.

Al Dr. D. Pedro Villarroel, por permitirnos trabajar en el Servicio de Urgencias y por hacernos sentir como en nuestra casa. Gracias por tu acogida, tu hospitalidad, tu amistad y tu apoyo. Sin ti no habiéramos podido hacerlo.

A la Dra. Dña. Encarnación Fernández por tu esfuerzo para superar las dificultades y limitaciones facilitando la inestimable participación de los Profesionales de Enfermería del propio Servicio de Urgencias, algo básico en el planteamiento y desarrollo de nuestro estudio.

A D. Jorge Madejón y a D. Antonio Fernández, porque aunque entre nosotros ya está todo dicho, nunca agradeceré suficientemente vuestros desvelos, vuestro cariño y vuestra profesionalidad al frente de los Informadores que han participado en nuestro estudio. Jorge y Antonio mi sincero agradecimiento a ambos.

A Dña. Ana Marín y a D. Miguel García por tantos quebraderos de cabeza que habéis tenido para poder organizar a los Profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias sin descuidar nuestro estudio.

Mi agradecimiento y un especial reconocimiento a la Profª Dra. Dña. Cristina Fernández por su ayuda en el tratamiento estadístico, sin el que no hubiéramos podido explicar los resultados de nuestro trabajo; pero sobre todo, gracias Cristina por haberme ayudado a entender lo que para mí era muy complejo. Este trabajo me ha brindado la oportunidad de conocer a una gran docente y una gran persona.

A los profesionales del Servicio de Informadores y de Enfermería del Servicio de Urgencias que habéis sido los artífices del trabajo de campo en nuestro estudio, que es el vuestro también: Raúl, Jose, Juani, Adolfo, Carmen, Inés, Pilar, Oscar, Lola, Dori, Mª José y Mª Jesús. Gracias, de corazón, por vuestra colaboración desinteresada, por vuestro buen hacer y por vuestra amistad.

Al Prof. Dr. D. Luis Fernández Carmena, por ese lazo inquebrantable que hemos construido a lo largo de los años, por tu paciencia conmigo y por todo tu apoyo y ayuda. Gracias, Luis.

A Laura Gamella y a Fuencisla Gamella, porque nuestros lazos están por encima de las vicisitudes de la vida, y porque habéis sabido entender y soportar mis momentos de inseguridad. Gracias a ambas por estar ahí.

Al Dr. D. Juan González Armengol, por aceptar co-dirigir esta Tesis y porque depositaste tu confianza en mí desde el principio; nunca olvidaré aquella primera reunión porque enseguida intuí que iba a poder contar con el apoyo de

una gran persona y un gran profesional. Confío en que haya merecido la pena para ti en la misma medida en que lo ha merecido para mí. Gracias sinceras, Juan.

El más difícil de expresar es mi sentimiento de gratitud hacia el Prof. Dr. D. Jesús Sánchez Martos, hoy co-director de mi Tesis, pero profesor primero, compañero después, amigo más tarde y siempre maestro. Veintiocho años después mi respeto, mi gratitud y mi admiración han crecido exponencialmente, tanto como tu dedicación y tu compromiso. Gracias por tu apoyo, por tus enseñanzas y por tu amistad inmarcesibles, porque lo que se abona y alimenta día a día no se marchita jamás. Es un orgullo para mí trabajar a tu lado. Por lo mucho que te debo, gracias Jesús.

Por último, mi agradecimiento y reconocimiento a todos los familiares y acompañantes anónimos que, en situaciones a veces de extrema dureza, han tenido la generosidad de dedicar su tiempo a expresarnos sus impresiones y su percepción, y nos han ido orientando sobre sus necesidades ofreciéndonos pistas sobre las que construir una atención más humanizada.

A todos los que he personalizado, y también a los que no he podido reflejar en estas líneas, amigos sobre todo, GRACIAS POR VUESTRO APOYO en lo que constituye uno de los acontecimientos más importantes de mi vida académica.

ÍNDICE

	<u>Página</u>
Introducción	1
Hipótesis y Objetivos	25
<i>Hipótesis</i>	<i>27</i>
<i>Objetivo General</i>	<i>27</i>
<i>Objetivos Específicos</i>	<i>27</i>
Material y Método	29
<i>Población diana</i>	<i>32</i>
<i>Tamaño muestral</i>	<i>33</i>
<i>Metodología y Plan de trabajo</i>	<i>34</i>
<i>Recursos Materiales</i>	<i>41</i>
<i>Recursos Humanos</i>	<i>44</i>
<i>Cronograma</i>	<i>47</i>
<i>La Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico de San Carlos</i>	<i>51</i>
<i>Análisis estadístico</i>	<i>55</i>
Resultados	57
<i>Fase basal (F_0)</i>	<i>59</i>
<i>Fase de intervención (F_1)</i>	<i>94</i>
<i>Impacto de la Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes en el Grado de Satisfacción</i>	<i>130</i>
Discusión	143
Conclusiones	155
Limitaciones del estudio	159
Anexos	165
<i>Anexo I: Cuestionario adaptado</i>	<i>167</i>
<i>Anexo II: Registro de información clínica</i>	<i>175</i>
<i>Anexo III: Registro de eventos violentos</i>	<i>179</i>
<i>Anexo IV: Programa de Formación en Habilidades de Comunicación</i>	<i>183</i>
<i>Anexo V: Guía de Información para familiares y acompañantes</i>	<i>197</i>
Bibliografía	201

ÍNDICE DE TABLAS

Nº Tabla	Título	Página
<i>F₀</i> y <i>F₁</i>		
Tabla 1 y 14	<i>Características Socio-Demográficas de la muestra: Edad</i>	63 y 97
Tabla 2 y 15	<i>Calidad Asistencial Percibida</i>	64 y 99
Tabla 3 y 16	<i>Informe del Usuario (VI)</i>	70 y 104
Tabla 4 y 17	<i>Correlación Tiempos de espera Vs. Información recibida</i>	71 y 106
Tabla 5.1 y 18.1	<i>Asociación Calidad Asistencial Percibida Vs. Criterios de Referencia (I)</i>	73 y 108
Tabla 5.2 y 18.2	<i>Asociación Calidad Asistencial Percibida Vs. Criterios de Referencia (II)</i>	74 y 110
Tabla 6.1 y 19.1	<i>Asociación Informe del Usuario (I) Vs. Criterios de Referencia (I)</i>	76 y 112
Tabla 6.2 y 19.2	<i>Asociación Informe del Usuario (I) Vs. Criterios de Referencia (II)</i>	77 y 113
Tabla 7.1 y 20.1	<i>Relación Informe del Usuario (II) Vs. Criterios de Referencia (I)</i>	78 y 114
Tabla 7.2 y 20.2	<i>Relación Informe del Usuario (II) Vs. Criterios de Referencia (II)</i>	79 y 114
Tabla 8 y 21	<i>Escala del Grado de Satisfacción</i>	87 - 121
Tabla 9 y 22	<i>Grado de Satisfacción Vs. Variables Socio-Demográficas</i>	89 - 124
Tabla 10 y 23	<i>Grado de Satisfacción y Calidad Asistencial Percibida</i>	90 y 125
Tabla 11 y 24	<i>Grado de Satisfacción e Informe del Usuario (I)</i>	91 y 126
Tabla 12 y 25	<i>Grado de Satisfacción e Informe del Usuario (II)</i>	92 y 127
Tabla 13 y 26	<i>Grado de Satisfacción e Informe del Usuario (III)</i>	92 y 127

Nº Tabla	Título	Página
	<u><i>F_0 Vs. F_1</i></u>	
Tabla 27	<i>Comparación de las muestras y Variables Socio-Demográficas F_0 Vs. F_1</i>	130
Tabla 28	<i>Asociación Calidad Asistencial Percibida F_0 Vs. F_1</i>	132
Tabla 29	<i>Asociación Informe del Usuario (I) F_0 Vs. F_1</i>	134
Tabla 30	<i>Asociación Informe del Usuario (II) F_0 Vs. F_1</i>	135
Tabla 31	<i>Asociación Criterios de Referencia (I) y (II) F_0 Vs. F_1</i>	136
Tabla 32	<i>Comparación del Grado de Satisfacción F_0 Vs. F_1</i>	137
Tabla 33	<i>Eventos violentos acontecidos F_0 Vs. F_1</i>	138
Tabla 34	<i>Reclamaciones interpuestas F_0 Vs. F_1</i>	138
Tabla 35	<i>Mejora del Grado de Satisfacción F_1 Vs. F_0</i>	140
Tabla 36	<i>Variables Socio-Demográficas que explican la excelencia en la satisfacción en F_1</i>	141

ÍNDICE DE FIGURAS

Nº Figura	Título	Página
Fig. 1	<i>El paradigma de la Desconfirmación de Expectativas</i>	11
Fig. 2	<i>Despacho de Atención e Información a los Familiares y Acompañantes</i>	42
Fig. 3	<i>Detalle del Despacho de Atención e Información a los Familiares y Acompañantes</i>	43
Fig. 4	<i>Aula de Formación y Entrenamiento en Habilidades de Comunicación Eficaz</i>	48
Fig. 5	<i>Información clínica a los Familiares y Acompañantes</i>	52
 <u>F₀ y F₁</u>		
Fig. 6 y 28	<i>Distribución de la muestra por turno de ingreso</i>	59 y 94
Fig. 7 y 29	<i>Motivos para administrar el cuestionario</i>	60 y 95
Fig. 8 y 30	<i>Características Socio-Demográficas de la muestra: Género</i>	62 y 96
Fig. 9 y 31	<i>Características Socio-Demográficas de la muestra: Tipo de relación</i>	62 y 97
Fig. 10 y 32	<i>Características Socio-Demográficas de la muestra: Nivel de estudios</i>	63 y 98
Fig. 11 y 33	<i>Calidad Asistencial Percibida en relación con la Información brindada</i>	65 y 100
Fig. 12 y 34	<i>Informe del Usuario (I)</i>	66 y 101
Fig. 13 y 35	<i>Informe del Usuario (II)</i>	67 y 102
Fig. 14 y 36	<i>Informe del Usuario (III)</i>	68 y 102
Fig. 15 y 37	<i>Informe del Usuario (IV)</i>	69 y 104
Fig. 16 y 38	<i>Informe del Usuario (V)</i>	69 y 105
Fig. 17 y 39	<i>Criterios de Referencia (I) y (II)</i>	72 y 107

Fig. 18 y 40	<i>Sugerencias y Comentarios</i>	80 y 115
Fig. 19 y 41	<i>Comentarios realizados</i>	80 y 116
Fig. 20 y 42	<i>Sugerencias realizadas (I) / Comentarios negativos realizados</i>	81 y 117
Fig. 21 y 43	<i>Sugerencias realizadas (II)</i>	83 y 117
Fig. 22 y 44	<i>Eventos violentos (I)</i>	84 y 118
Fig. 23 y 45	<i>Eventos violentos (II)</i>	84 y 119
Fig. 24 y 46	<i>Reclamaciones interpuestas</i>	85 y 120
Fig. 25 y 47	<i>Grado de Satisfacción de Familiares y Acompañantes</i>	88 y 122
Fig. 26 y 48	<i>Grado de Satisfacción y Criterios de Referencia (I)</i>	93 y 129
Fig. 27 y 49	<i>Grado de Satisfacción y Criterios de Referencia (II)</i>	93 y 129
Fig. 50	<i>Dinámica de Grupo “El ciego y el lazarillo”</i>	185
Fig. 51	<i>El aprendizaje de actitudes</i>	186
Fig. 52	<i>Trabajando la empatía</i>	186
Fig. 53	<i>Generando cohesión de equipo</i>	187
Fig. 54	<i>Role-playing: Cumplimentación del cuestionario (I)</i>	191
Fig. 55	<i>Role-playing: Cumplimentación del cuestionario (II)</i>	191
Fig. 56	<i>Role-playing: Información Clínica sobre la evolución del paciente</i>	192

ABREVIATURAS UTILIZADAS EN TABLAS Y FIGURAS

Agr. Física.- Agresión física

Aux. Enf^a.- Auxiliar de Enfermería

Calidad Comunic. Enf^a.- Calidad de comunicación del profesional de enfermería

Cantidad Inf. Clínica.- Cantidad de información clínica

Enf.- Enfermedad

Est. Primarios/Universitarios.- Estudios Primarios / Universitarios

Fam. /Acomp.- Familiares y acompañantes

F₀.- Fase basal o inicial

F₁.- Fase de intervención

FP.- Formación profesional

Funcionam.- Funcionamiento

Informac. Alta.- Información al alta

Motivo Cuest.- Motivo para administrar el cuestionario

Muy Insatisf. / Insatisf.- Muy Insatisfecho / Insatisfecho

Muy Satisf. / Satisf.- Muy Satisfecho / Satisfecho

P. Ambulancia / P. Seguridad.- Personal de Ambulancia / Personal de Seguridad

Prof. Enf^a.- Profesional de enfermería

Relac.- Relación

SUH.- Servicio de Urgencias Hospitalario

T. Asistencial.- Trabajador asistencial

T. Social.- Trabajador Social

T^o Espera.- Tiempo de espera

V. Cualitativas / V. Cuantitativas.- Variables cualitativas / Variables cuantitativas

INTRODUCCIÓN

*El desafío de nuestro tiempo
no sólo es la salud de la Humanidad,
sino la Humanización de la salud*

Javier Gafo (1936-2001)

Introducción

Los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) constituyen cada vez más la vía de acceso al Sistema Nacional de Salud para un número cada vez mayor de usuarios, hecho que nos debe llevar a reflexionar sobre si realmente, la Atención Primaria de Salud es la puerta de entrada al Sistema Sanitario⁽¹⁾ o, al menos si es la única como con frecuencia se defiende. Durante el año 2010 el 30,1% de la población utilizó algún tipo de servicio de urgencias, siendo el 46,3% de esta población los que acudieron a un SUH público⁽²⁾.

El aumento constante del número de personas que acuden a los SUH ha puesto de manifiesto la existencia de una clara inadecuación entre la demanda y la oferta que necesita, con urgencia, adaptarse a los nuevos requerimientos, ya que el deterioro en la percepción de la calidad asistencial es cada vez más importante tanto para los usuarios como para los profesionales^(3,4) y para el propio Sistema Sanitario.

El solo hecho de necesitar acudir a un SUH, constituye una vivencia extremadamente estresante para cualquier persona y para su entorno sociofamiliar más próximo, lo que propicia que esta sea una experiencia sobre la que merece la pena investigar y estudiar desde un sentido humanístico, con el fin de hacer de ella una situación menos traumática y más razonable y llevadera.

Las políticas de calidad global contemplan cada vez más, tanto la calidad intrínseca como la calidad percibida⁽⁵⁾, por lo que no en vano el resultado de la atención sanitaria se mide ya, además de en términos de eficacia y efectividad, en términos de la percepción del usuario, de su satisfacción con la atención recibida. En los SUH de forma concreta, la subjetividad inherente a cualquier demanda de atención sanitaria se hipertrofia, especialmente por las también especiales circunstancias que conllevan la vivencia de cualquier urgencia, lo que provoca que la satisfacción se asocie más con la calidad percibida que con la calidad objetiva⁽⁶⁻⁸⁾.

Las evidencias encontradas en la literatura no parecen indicar que la precariedad de la calidad asistencial esté relacionada únicamente con la utilización inadecuada de los SUH por parte de los usuarios: la utilización del Protocolo de Adecuación de las Urgencias Hospitalarias (PAUH)⁽⁹⁾, modificado posteriormente con el fin de incluir aspectos relacionados con el entorno asistencial del paciente⁽¹⁰⁾, pone de manifiesto que la utilización inadecuada de las urgencias hospitalarias en España afecta en general al 31% de la demanda que se da en los SUH⁽¹¹⁻¹³⁾, no siendo realmente tantas como se identifican mediante métodos más subjetivos en los que la cifra oscila entre el 24% y el 79%⁽¹⁴⁾. Y por otro lado, el tiempo consumido por estas visitas inapropiadas tampoco justifica el desequilibrio entre la oferta y la demanda⁽¹⁵⁾. Más bien parece que la saturación obedece al número de pacientes que esperan en los SUH para ingresar en el hospital y los que permanecen en observación⁽¹⁶⁾, es decir, de los pacientes que sí requieren ser vistos en el SUH.

Lo cierto es que esta saturación está presente en el deterioro de la calidad asistencial que se percibe por sus usuarios, es decir, por el paciente y sus familiares o acompañantes, al provocar largos tiempos de espera. El tiempo de

permanencia en los SUH es un factor que presenta una muy alta variabilidad, habiéndose estimado por diferentes autores, tiempos de permanencia total en urgencias que oscilan entre los 119(\pm 87) minutos, y los 285(\pm 26) minutos^(17,18).

Frente a esta realidad, algunos estudios han puesto de manifiesto los tiempos de espera considerados como óptimos o tolerables, señalando 18(\pm 8) minutos para recibir la primera visita y 53(\pm 37) minutos desde esta hasta el alta hospitalaria, aunque en algunos casos se llega a considerar que sería aceptable una permanencia total de 120 minutos^(19,20). En nuestro medio mayoritariamente se utiliza como referente la escala CTAS (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale) que, en función de la gravedad del paciente, establece 5 categorías y marca en cada una de ellas, los tiempos óptimos para recibir la primera valoración y las posteriores, situándolos en una escala que contempla desde la inmediatez, hasta los 15, 30, 60 e incluso los 120 minutos⁽²¹⁻²³⁾.

Por otro lado la Sanidad y con ella la atención sanitaria, es de los cuatro pilares de nuestro Estado de Bienestar el aspecto que más interesa a los ciudadanos, por delante de la educación, las pensiones o la atención a la dependencia⁽²⁾, este último fundamental e imprescindible en un verdadero Estado de Bienestar, siendo por ello oportuno y necesario buscar fórmulas que mejoren la calidad de sus prestaciones, y especialmente, el grado de satisfacción de los ciudadanos frente a la misma.

Ciertamente contamos con un Sistema Sanitario de calidad pero, sin embargo, no lo parece para un porcentaje considerable de usuarios; el 25,1% opina que son necesarios cambios fundamentales en el Sistema Sanitario o que habría que rehacerlo completamente; en cuanto a los SUH el 59,6% optaría por uno

público frente al 33% que se decantaría por un SUH privado y el 46,3% utiliza un SUH público cuando lo necesita, pero de esta población que acude a un SUH público, el 20,7% percibe que la atención es “regular”, “mala” o “muy mala”, y la rapidez asistencial es valorada como “poca” o “ninguna” para un 34,8%. Los SUH son los peor valorados de todos los servicios sanitarios, con una puntuación de 5.9 sobre 10, según los datos que arroja el Barómetro Sanitario correspondiente al año 2010⁽²⁾.

De entre los aspectos susceptibles de mejora el último Barómetro Sanitario que lamentablemente investiga esta cuestión es el correspondiente al año 2005⁽²⁴⁾, y señala entre otras la necesidad de mejorar el funcionamiento de los servicios de urgencia (7%) así como el trato, el tiempo dedicado y la información ofrecida a los usuarios (9,5%).

No obstante, la población prefiere la asistencia pública en detrimento de la privada en cuanto a la infraestructura científico-técnica (65,1% Vs. 24,8%) y la calidad profesional, médica y de enfermería se refiere (58,1% Vs. 20,9% para los médicos; 57,1% Vs. 21% para los enfermeros), aunque no así en lo relativo al trato, a la información recibida, a la rapidez en la prestación asistencial y al confort de las instalaciones; de hecho el trato y la información recibida en relación con el problema de salud que origina la demanda asistencial, reciben una mejor valoración en la atención privada que en el sistema público (47,9% Vs. 31,9%, y 40,7% Vs. 35,5% respectivamente) conjuntamente con la rapidez en la atención (70,2% Vs. 22,62%) y el confort de las instalaciones^(2,24).

Estos resultados ponen de manifiesto que la calidad técnica y profesional de nuestro Sistema Sanitario, así como la calidad en cuanto a la dotación de infraestructura, son cuestiones que actualmente están fuera de toda duda y que

hacen del Sistema Sanitario Español una organización moderna y competente propia de un país desarrollado como el nuestro. Sin embargo estas mejoras, profesionales y tecnológicas han dejado tras de sí un vacío tan importante en la atención sanitaria como es la humanización del proceso asistencial, ya que no podemos olvidar la consideración holística del individuo (*“individus”, “indivisus”*: indivisible).

Si en algún momento este aspecto cobra especial importancia es sin duda, cuando el usuario y su entorno familiar entran en contacto con el Sistema Sanitario a través del SUH. La compleja maquinaria de la Sanidad se pone en marcha con eficacia y competencia para solventar cada situación que se presenta: los profesionales, los medios y las técnicas están al servicio del paciente.

Pero al otro lado de la puerta, en la sala de espera, ha quedado la familia, y en su caso los acompañantes del paciente, tantas veces olvidados por nuestro Sistema Sanitario y, sin embargo, grandes aliados de los profesionales sanitarios y del propio sistema. Son ellos, los familiares y acompañantes del paciente los que en muchas ocasiones pueden, y de hecho lo hacen, informar a los profesionales de lo que ha ocurrido y de las circunstancias en las que se ha producido la situación de urgencia así como de cualquier otro dato relativo al paciente, imprescindible a veces para el éxito del proceso asistencial^(25,26).

La familia constituye un pilar esencial tanto en la salud como en la enfermedad de cada individuo y su presencia resulta beneficiosa en la recuperación del paciente, pero a su vez obtiene beneficio cuando se siente incorporada al proceso que ha provocado la demanda asistencial en un SUH, mediante la información y el apoyo adecuados⁽²⁷⁻²⁹⁾. Cubrir las necesidades del paciente y

de su entorno socio-familiar es parte del camino hacia la humanización de la atención sanitaria en los SUH: se trata de compatibilizar “*tratamiento*” y “*trato*”.

Cierto es que los familiares y acompañantes no presentan una urgencia vital en sentido estrictamente clínico, pero no es menos cierto que lo que resulta vital para ellos es conocer el estado de su familiar, su diagnóstico y su pronóstico; en definitiva, necesitan respuestas a las constantes preguntas “¿Cómo está?”, “¿Qué le pasa?”, “¿Se curará?”, “¿Es grave?”, “¿Se quedará ingresado?”, “¿Por qué no puedo pasar con él?” “¿Cuándo podré verle?”. Especialmente cuando los tiempos de espera se alargan y lo hacen por un lado, en un clima de intensa ansiedad y carga emocional provocada por lo inesperado de la situación, la incertidumbre y la posible gravedad de la misma, así como por las expectativas de una solución rápida, que realmente no lo es y, por otro lado, en ausencia de información o con una información tardía o de mala calidad^(21,25,26,30). Y todo ello en un entorno que les es desconocido y hostil.

Y es este encuentro el que, cada vez con mayor frecuencia, constituye a nuestro juicio, la “tarjeta de visita” de nuestro Sistema Nacional de Salud; los SUH y las vivencias experimentadas en las salas de espera conforman la percepción que los usuarios construyen en cuanto a la calidad asistencial. Hay que añadir además, los profundos cambios que nuestra sociedad ha experimentado desde un punto de vista sociocultural y económico, cambios que han tenido como resultado, un ciudadano más informado, más consciente de su derecho a la atención sanitaria de calidad y con ello a la información, y más activo en la toma de decisiones en todos los ámbitos y particularmente en lo que respecta a su salud. Estamos ante un ciudadano que conoce mejor sus derechos y que ya no solo tiene expectativas de recibir una calidad científico-técnica en la atención sanitaria, sino que demanda una atención

cualitativamente mejor^(31,32), dónde la información adecuada ocupa un lugar preferente.

A los largos tiempos de espera mencionados anteriormente, hay que añadir que la ausencia de información está presente en torno al 20-30%, incluso hasta el 40%, de los familiares y acompañantes, así como el hecho de no poder acompañar al paciente⁽³³⁻³⁵⁾, por lo que no parece extraño que el motivo principal de reclamaciones y situaciones violentas que se producen en los SUH sea el tiempo de espera⁽³⁶⁾, y que también sea esta la razón que explique el porcentaje de pacientes que abandonan los SUH antes de ser atendidos, cifra que oscila entre el 0,9 y el 1,8% de los pacientes que acuden a urgencias^(3,37).

Son realmente la satisfacción del usuario y la calidad de la atención, los principales retos que debe asumir nuestro Sistema Sanitario en aras de la calidad total. Las circunstancias mencionadas provocan insatisfacción tanto en los pacientes y sus familiares y acompañantes, como en los profesionales que desempeñan su labor en urgencias.

También la legislación ha tenido que ir adecuándose a las nuevas exigencias desde la propia Ley General de Sanidad⁽³⁸⁾, y asumir la voluntad de humanización de los servicios sanitarios regulando el derecho de los usuarios a la información sanitaria en cualquier actuación asistencial, como hace la conocida como Ley de Autonomía del Paciente⁽³⁹⁾, de ámbito nacional, en sus artículos 4 y 5, o la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM)⁽⁴⁰⁾, en sus artículos 26 y 27. Así, de acuerdo a la legislación vigente se establece como un derecho básico de los españoles y de los madrileños concretamente, el derecho *“a ser verazmente informado, en términos comprensibles, de forma completa y continuada, verbal y por escrito, en*

relación con su propia salud” y “a que la información sea proporcionada a sus familiares, allegados y otros” ^(39,40).

Para justificar la oportunidad de evaluar el grado de satisfacción de los usuarios frente a la calidad asistencial, podemos esgrimir además, de acuerdo con otros autores, razones de índole ético o bien desde la perspectiva de resultado en la recuperación del paciente, ya que el grado de satisfacción se comporta como un buen predictor del cumplimiento terapéutico, o incluso desde la consideración del derecho que tiene cualquier ciudadano a recibir una atención sanitaria de calidad o desde la oportunidad de las reformas sanitarias ⁽⁴¹⁻⁴⁵⁾.

Todas estas aproximaciones ponen de manifiesto que la satisfacción es un concepto complejo, subjetivo, cambiante, dependiente de la naturaleza del problema que origina la urgencia y, de una manera contundente, de las expectativas que el usuario tenga frente a la atención urgente ^(42,46-50).

La calidad como concepto en el ámbito de la atención sanitaria, gira en torno a la satisfacción del paciente mediante la atención a sus necesidades, sus demandas y sus expectativas, de tal forma que no puede referirse solo a la calidad en la atención científico-técnica, a la calidad intrínseca, sino también a la calidad percibida, a la denominada por Donabedian como “calidad aparente” ⁽⁵¹⁾, dado que cada vez más el punto de vista del usuario se confirma como un parámetro más de evaluación de cualquier actuación o intervención sanitaria ^(6-8,48,52).

Así, la satisfacción del usuario ha de ser entendida en términos de expectativas satisfechas y calidad percibida.

En este sentido el paradigma de la “desconfirmación de expectativas”⁽⁵³⁾ constituye una de las teorías con mayor respaldo empírico que nos permite explicar de forma aplicada la satisfacción del usuario^(47,54-56): la satisfacción es el resultado que obtiene el usuario de la diferencia entre lo que esperaba y deseaba que ocurriera en relación con el servicio demandado, y lo que él percibe que realmente ha ocurrido. Desde el modelo de la “desconfirmación de expectativas”, como hemos esquematizado en la **Figura 1**, la satisfacción aumenta cuando lo que ocurra supere las expectativas y, la menor satisfacción será la del usuario que tiene mayores expectativas y que recibe una asistencia más deficiente.

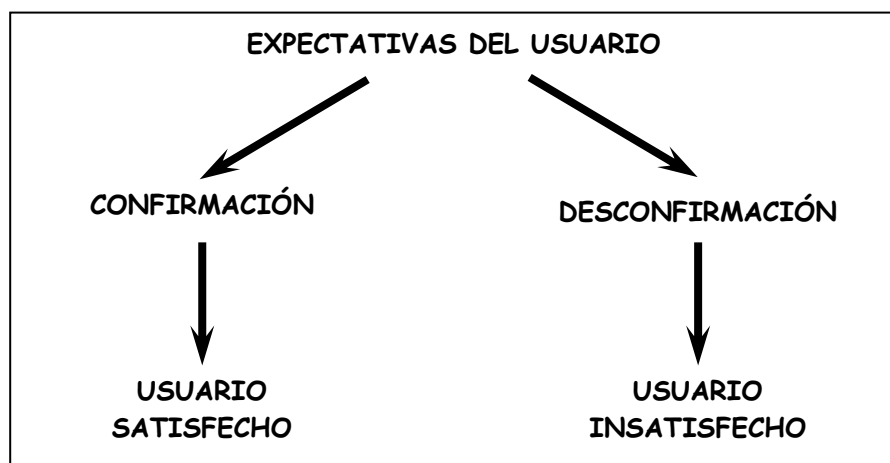


Figura 1.- El paradigma de la Desconfirmación de Expectativas

Dicho de otra manera, la satisfacción es la diferencia entre las expectativas que tiene el usuario y la percepción final de su experiencia con la atención sanitaria recibida, con el servicio que se le ha prestado.

Desde esta perspectiva, el conocimiento de lo que necesitan y esperan los usuarios se erigirá en la base de los objetivos de la calidad global, que habrá de ser evaluado de tal forma que permita adoptar las medidas pertinentes en la

organización sanitaria para su consecución. La evaluación de la coincidencia entre lo que los usuarios necesitan y esperan ha puesto de manifiesto que los profesionales tendemos a no considerar las expectativas de los usuarios en la mayoría de sus dimensiones: fiabilidad, seguridad, sensibilidad y empatía^(43,57,58).

Sin embargo, a nuestro juicio, las expectativas de los usuarios deben ser consideradas como el punto mínimo a lograr, de forma que lo óptimo en la consecución de la calidad global, no es satisfacer esas expectativas, sino superarlas consiguiendo maximizar la satisfacción. Algunos autores se refieren a la “*calidad sorpresa*” o al “*detalle de lo inesperado*”⁽⁵⁹⁾ como aquellos aspectos que, no estando en las expectativas de los usuarios, generan la imagen de buen servicio; es el paciente “*supersatisfecho*”, cuya condición, la de “*supersatisfecho*” se asocia, entre otras variables, con el trato personal y la información recibida^(59,60).

Diferentes autores han analizado los elementos y factores que contribuyen a conformar las expectativas de los pacientes, así como los que condicionan su satisfacción con la calidad de la atención sanitaria recibida, siendo el trato brindado y la información ofrecida a pacientes y familiares, factores altamente decisivos en la conformación del grado de satisfacción, en todos los estudios analizados, y factores considerados como verdaderas asignaturas pendientes de nuestro Sistema Sanitario en general y de los SUH en particular^(52,61,62).

En nuestra opinión, la información de calidad a través del proceso de comunicación eficaz, es el aspecto de mejora cuyo abordaje resulta más importante y necesario. No basta con dar información, sino que lo realmente necesario es que esa información sea oportuna, además de asumida y

entendida por el usuario, mediante la utilización del código de comunicación adecuado a su nivel sociocultural, emocional y a su nivel de información, y a través del canal tanto de la comunicación verbal como de la no verbal. Se trata de fortalecer el feedback para superar la mera transmisión de información favoreciendo realmente el proceso de comunicación bidireccional.

La comunicación eficaz también incluye las dimensiones relacionadas con la comunicación proxémica: garantizar un ambiente de intimidad y privacidad, de confianza y libre de barreras socioafectivas que favorezca la manifestación de dudas, temores y sentimientos son factores básicos en la consecución de la excelencia en la satisfacción del usuario^(25,26,63). En este sentido merece la pena destacar el trabajo realizado con la familia de los pacientes que fallecen en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Saint-Louis, en París, y que demuestra que la utilización de un folleto educativo en relación con la afrontación del duelo y la comunicación proactiva por parte de los profesionales a lo largo del proceso, contribuye a reducir la angustia y la depresión, así como a mejorar el duelo en la familia⁽⁶⁴⁾.

De las diferentes dimensiones que participan en la conformación de la satisfacción destaca la presencia, por parte de todos los autores, de los tiempos de espera, de la información brindada y de otros elementos relacionados con ella como la amabilidad, la empatía, la calidad de la información, la escucha activa, la relación de confianza o intimidad en la conversación, la atención a los acompañantes y en definitiva, la humanización en la asistencia prestada^(31,41,65-69).

Por otro lado, estos factores están incluidos en los denominados determinantes internos, derivados de la organización del propio SUH, que se caracterizan por

ser modificables y por tanto, susceptibles de mejora, cuando se contemplan en el modelo de gestión sanitaria, frente a los determinantes externos que son impredecibles y más difícilmente modificables, al estar relacionados con la demanda de atención sanitaria urgente que realiza la población^(4,15,70,71).

Podemos concluir que la satisfacción básicamente depende de la sensación de que “*se está siendo bien tratado*”^(65,72), de tal modo que mientras el tiempo de espera percibido por pacientes y familiares es un adecuado predictor del grado de satisfacción, el tiempo de espera real no se comporta así^(34,73). No debemos olvidar que la satisfacción del usuario resulta de la diferencia entre lo que espera y desea (expectativas) y lo que percibe que recibe finalmente (calidad asistencial percibida), que no es exactamente lo que recibe (calidad asistencial objetiva)^(6-8,43). Por esta razón entendemos que mejorar la percepción del tiempo de espera, contribuirá a mejorar el grado de satisfacción.

Pocas son las iniciativas en esta línea^(31,35,52,74,75) que han considerado a la familia y a los acompañantes en su papel, no de pacientes reales, pero sí de usuarios reales y, sobre todo de soporte social y afectivo del paciente que acude a los SUH y, por tanto, de usuarios de pleno derecho del Sistema Sanitario que demandan, fundamentalmente, recibir información acerca de la evolución del paciente con más frecuencia y de mayor calidad^(52,76). Ya hemos resaltado el papel que juega la familia tanto en el mantenimiento, mejora y protección de la Salud, como en la prevención, la detección y el cuidado de la enfermedad de todos y cada uno de sus miembros; por lo tanto no consideramos necesario argumentar y defender, más allá de lo que hemos hecho hasta ahora, el hecho de que el “usuario” a que nos referimos, ha de ser considerado como la unidad indivisible que forman el paciente que demanda

atención sanitaria en un SUH y quien le acompaña, ya sea por su grado de consanguinidad (su familia) o por lazos socioafectivos (acompañantes).

Los familiares y acompañantes tienen una carga emocional generada por la incertidumbre y la angustia, que a veces es incluso mayor que la del propio paciente y, por tanto, también necesitan atención y tratamiento basados fundamentalmente en la información periódica y de calidad de la evolución del paciente, cuyas dosis (periodicidad) y vías de administración (verbal, no verbal y escrita) han de ser investigadas y evaluadas oportunamente.

La falta de información a la familia, o la información insuficiente, tardía y de poca calidad, provoca una disminución de la valoración global de la atención recibida, un clima de incertidumbre e intolerancia, que junto a la ansiedad, genera conflicto y un aumento de quejas y reclamaciones en los SUH^(21,26,77,78). Debemos considerar así mismo, que la ansiedad y el nerviosismo en esta situación generan una actitud de desconfianza que se termina “contagiando” en las salas de espera, lo que contribuye a aumentar la intolerancia de forma colectiva.

Por otro lado suelen ser el tiempo de espera sin recibir ninguna información, la información deficiente y la falta de explicaciones adecuadas, los factores clave generadores de visitas repetidas a los SUH^(31,77,79), y estas a su vez, un factor que condiciona negativamente la calidad percibida por estos usuarios⁽⁸⁰⁾.

También se ha puesto de manifiesto que el deterioro de la calidad asistencial percibida es así mismo un indicador del número, no solo de reclamaciones, sino de actos violentos en los SUH⁽³⁶⁾. A pesar de la escasa denuncia por parte de los profesionales⁽⁸¹⁾ y de que no se han realizado demasiados estudios al

respecto, sí se ha objetivado el crecimiento que han experimentado las conductas violentas y agresiones hacia los profesionales sanitarios, y de una forma específica hacia los profesionales de enfermería, como consecuencia del clima de intolerancia a que hemos aludido anteriormente.

En general se acepta que las amenazas se dan con mayor frecuencia en aquellos servicios en los que por su naturaleza se toman decisiones vitales, como los SUH; la violencia física, los insultos y las amenazas son sufridos por el 38%, el 72,1% y el 70,5% respectivamente de los profesionales sanitarios que trabajan en los SUH. Es destacable que si bien el 85% de las agresiones totales en el ámbito hospitalario son efectuadas por los propios pacientes, cuando se analizan las que se realizan específicamente en los SUH este porcentaje desciende al 72,7% debido a que el 27,3% restante son imputables a los familiares y acompañantes, siendo el tiempo de espera percibido el motivo mayoritario de agresión, que asciende al 57,8% del total^(1,36,81-84).

En relación con las quejas y reclamaciones de los usuarios, diferentes estudios apuntan que la deficitaria calidad asistencial percibida, expresada nuevamente a través de los tiempos de espera en ausencia de información, es la causa fundamental de su creciente presencia^(6,18,85,86).

Gestionar mejor y dinamizar los tiempos de espera de forma que mejore la percepción de los mismos por parte de los usuarios, parece un método adecuado para contribuir a mejorar este parámetro de la calidad asistencial de los SUH^(26,87), sobre todo teniendo en cuenta que se trata de una circunstancia que también incide negativamente en la propia satisfacción de los profesionales que con tanta frecuencia, por otro lado, se ven afectados por el conocido Síndrome de Burnout^(6,36,88,89).

En este último aspecto hay que destacar que, de nuevo, son los profesionales que trabajan en los SUH los que tienen un mayor grado de burnout, en sus dimensiones de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal, comparados con los de otros servicios hospitalarios como la Unidades de Cuidados Paliativos y de Cuidados Intensivos⁽⁹⁰⁾.

En nuestra opinión no debemos obviar la propia imagen social de estos profesionales, tan denostada debido precisamente a la deshumanización general de la atención sanitaria, y particularmente de los SUH, a favor de una alta tecnificación; los profesionales que trabajan en los SUH, a veces en condiciones maratonianas, lo hacen con absoluta profesionalidad y entrega y, sin embargo, su imagen social está ligada con frecuencia más al desprestigio que al reconocimiento.

En otro orden de cosas, el propio Plan de Calidad Integral de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid⁽⁹¹⁾ contempla entre sus objetivos las acciones relacionadas con la adecuación de las instalaciones sanitarias en general, y las relacionadas con las urgencias hospitalarias que transcribimos a continuación y en las que se enmarca nuestro estudio:

- *“Se mejorarán las zonas de espera y acogida a pacientes y familiares, haciéndolas más confortables y accesibles, adaptándolas de forma que además puedan desarrollarse en ellas actividades informativas y de educación sanitaria”.*
- *“Se crearán zonas comunes que favorezcan la humanización de la asistencia, en un medio no habitual como es el Centro Sanitario, y se configurara el conjunto de las instalaciones para preservar la intimidad del paciente”.*

- *“Disponer de espacios específicos para información a familiares en las áreas de urgencia hospitalarias, fomentando una rápida y periódica información sobre el estado del paciente, a la familia o a las personas a él vinculadas”.*

Son todas ellas iniciativas encaminadas a facilitar la estancia en los SUH de los pacientes y sus familias, y especialmente a humanizar la atención sanitaria en base al trato humano y digno de los usuarios.

A nuestro juicio, si la percepción de la familia y los acompañantes frente a los tiempos de espera constituye un factor de insatisfacción para los mismos, también debe ser una oportunidad aprovechada por el Sistema Sanitario; una oportunidad aprovechada para ofrecer información sobre la evolución clínica del paciente y para dinamizar esos tiempos dándoles un contenido oportuno y útil a través de las posibilidades que nos brindan las salas de espera de los SUH, para llevar a cabo intervenciones de Educación para la Salud de la población. Se trata de dinamizar ese tiempo vacío con contenidos educativos generales y, en particular, con aquellos relacionados con la dinámica del SUH, con la utilización racional de los servicios sanitarios, con la información relativa a los Servicios de Urgencia del Nivel de Atención Primaria en el Área de Salud, con la donación de sangre, los primeros auxilios, la automedicación, la importancia del cumplimiento terapéutico o con cualquier cuestión relativa a la salud y la enfermedad que resulte de interés sanitario y en los que la Educación para la Salud se considere un instrumento válido y eficaz a incorporar desde la perspectiva de la gestión sanitaria enfocada a la calidad.

“ Una persona bien informada es más difícil que enferme pero, un entorno bien informado, facilita que el enfermo se cure o, al menos, que mejore de forma significativa.”

En este sentido los métodos de Educación para la Salud basados en los soportes escritos, son de indudable validez para ofrecer información y para sensibilizar a la población frente a cuestiones tan habituales como las olas de calor o las intoxicaciones alimentarias en la época estival, o las epidemias de gripe y su prevención en invierno.

Cierto es que hay algunas experiencias que contemplan a la familia y los acompañantes de los pacientes en nuestros hospitales, en algún caso con una generosa dotación de profesionales⁽³³⁾, pero con frecuencia carecen de una evaluación que objetive sus logros y que mida en qué medida han contribuido a mejorar los parámetros de calidad asistencial percibida por los usuarios tal y como están diseñados, se organizan en torno a la demanda de información realizada por los usuarios, con una dotación tanto física como profesional y estructural que dificulta su constitución como verdaderos servicios de vanguardia.

En general las iniciativas habidas en esta línea de investigación^(31,62,74,77,82) contemplan estudios de naturaleza descriptiva, con instrumentos de medida de elaboración propia en muchos casos, y carentes de procesos de validación en otros, amén de que la mera información puntual y esporádica dista mucho del verdadero proceso de comunicación interpersonal tan necesario en la humanización de los SUH^(25,26,63,78).

Por ello y en aras de la organización sanitaria orientada al usuario y de la calidad en la prestación de asistencia sanitaria, el enfoque ha de ser activo, buscando la excelencia en la satisfacción de los usuarios en un servicio de características tan peculiares como el que nos ocupa.

Desde esta perspectiva, la implementación de una *Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes* en los SUH, debería constituir un servicio de vanguardia en nuestros hospitales, contemplado en cualquier modelo de gestión sanitaria, al racionalizar el coste sanitario y mejorar la utilización responsable de los SUH⁽⁹²⁾, siendo el garante de una atención de calidad que incorpore de forma estandarizada y sistemática la acogida y orientación sobre el funcionamiento del servicio, la información periódica y proactiva a los familiares y acompañantes sobre la evolución clínica del paciente así como el acompañamiento al mismo durante el mayor tiempo posible, sobre las pruebas que se le realizan, los tiempos máximos entre las diferentes informaciones, la información sobre los tiempos de espera aproximados, y la dinamización de esos tiempos mediante actividades de Educación para la Salud.

Con esta unidad tratamos de superar la prestación que ofrecen los ya instalados Servicios de Atención al Paciente, y que han constituido un gran avance tanto en la democratización como en la humanización y mejora de la calidad asistencial, dando un paso más hacia el usuario de los SUH, situando este acercamiento en la figura de los familiares y acompañantes. También pretendemos mejorar, cualitativamente hablando, la figura de los informadores y la ventanilla de información de que disponen algunos de nuestros SUH, iniciativa mediante la que se ofrece información a los familiares y acompañantes pero en modo alguno relacionada con la evolución clínica del paciente, sino en cualquier caso información de tipo administrativo. Nuestra propuesta se adelanta a la demanda que puedan realizar los familiares y acompañantes, en relación con la evolución clínica del paciente y las pruebas que se están realizando en cada caso, ofreciendo información proactiva, periódica y continua por parte de personal sanitario cualificado, como el

Profesional de Enfermería, previamente seleccionado y adecuadamente entrenado, lo que no solo no excluye, sino que incluso debería complementarse con este servicio de información administrativa^(25,26) mediante un verdadero trabajo en equipo, que sin duda contribuye a mejorar nuestra imagen social y la del Sistema Sanitario en su conjunto.

La dotación de profesionales de la *Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes* debe incorporar el moderno concepto de la “gestión de personas” en las organizaciones sanitarias públicas, frente al tradicional de la “gestión de profesionales o de recursos humanos”⁽⁹³⁾; tratamos que la dotación de esta unidad se realice con profesionales específicamente seleccionados en base a su perfil, no solo curricular, sino también actitudinal y de habilidades humanas para contribuir a mejorar la estresante experiencia de la estancia en las salas de espera de los SUH, mediante la comunicación interhumana y persuasiva, en definitiva, la comunicación eficaz. Constituye además una oportunidad de reconocimiento hacia esas personas, profesionales sanitarios, semejante a otros mecanismos ya incorporados en la gestión de calidad y que no siempre han de relacionarse con el reconocimiento económico. Se trata de reconocer y aprovechar la calidad humana de las personas en la prestación asistencial y no solo el tipo de competencias que habitualmente se ponen de manifiesto en un concurso-oposición⁽⁹³⁾.

Consideramos que tanto por su formación, capacitación y experiencia, dada su tradicional cercanía a los familiares y acompañantes de los enfermos, es el Profesional de Enfermería quién con mayor competencia puede abordar esta tarea. En este sentido entendemos que gestionar mejor y dinamizar los tiempos de espera de familiares y acompañantes a través de actividades de Educación para la Salud, desarrollando intervenciones de acogida y orientación,

ofreciendo información proactiva rigurosa y de calidad relativa al proceso y evolución del paciente, es una contribución no sólo deseable, como manifiestan algunos autores⁽⁹⁴⁾ sino necesaria en un Sistema Sanitario orientado hacia la satisfacción del usuario como modelo de gestión y hacia el derecho a la información veraz y comprensible^(35,95-97).

La *Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes* deberá contar con una dotación de personal propia, dependiente del Servicio de Atención al Paciente aunque ubicada en el SUH y directamente relacionada con él, ya que se trata de una prestación más de las urgencias hospitalarias, específicamente destinada a mantener continuamente informados a la familia y a los acompañantes de los pacientes que ingresan en urgencias acerca de su evolución clínica, con los objetivos que describimos a continuación y absolutamente integrada en el funcionamiento y dinámica del propio SUH y, por tanto, con idéntico horario que el mismo (es decir, durante las 24 horas del día y los 365 días del año), y cuyos resultados han de ser objeto de evaluación objetiva por parte de su población destinataria: los usuarios, familiares y acompañantes, en este caso.

Queremos reiterar que a pesar de la extensa revisión que hemos realizado de la literatura, llama la atención el escaso número de trabajos que centran su atención en la calidad asistencial percibida y por ende, en el grado de satisfacción de los usuarios de los SUH; esta escasez es especialmente elevada en lo relativo a la atención a los familiares y acompañantes de los pacientes que acuden a los SUH, hecho que nos reafirma en la necesidad de trabajar para conocer su satisfacción, identificar los factores que la determinan, así como las áreas de mejora y poner en marcha las intervenciones necesarias para que la calidad objetiva de nuestros SUH tenga el reflejo que merece en la

calidad subjetiva de los ciudadanos, objetivo último de nuestro Sistema Sanitario.

Por todas las razones analizadas nuestro interés se centra en la atención que merecen, necesitan, esperan y desean los familiares y acompañantes de los pacientes que acuden a los SUH, dado que esta atención contribuye a mejorar todos los parámetros analizados y a configurar el grado de satisfacción y la calidad percibida por parte de la población frente a los SUH.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis

La puesta en marcha de la *Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes* del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios, mejora tanto la calidad asistencial percibida por los usuarios, como su grado de satisfacción y el reconocimiento del Sistema Sanitario Público.

Objetivo General

Analizar el grado de satisfacción actual y evaluar el impacto que tiene en el mismo la *Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes* del paciente que acude al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico de San Carlos.

Objetivos Específicos

- Analizar y mejorar la calidad asistencial percibida por los familiares y los acompañantes de los pacientes que ingresan en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico de San Carlos
- Identificar el grado de satisfacción de los familiares y los acompañantes de los pacientes que ingresan en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico de San Carlos así como sus factores determinantes, introducir acciones de mejora y evaluar el impacto de las mismas
- Mejorar la tolerancia a los tiempos de espera por parte de la familia y los acompañantes gestionando y dinamizando los mismos a través de la información clínica proactiva y periódica, facilitando el acompañamiento del paciente y realizando intervenciones de Educación para la Salud

- Mejorar la cantidad y la calidad de la información relativa a la evolución clínica del paciente brindada a la familia y, en su caso, a los acompañantes del enfermo incorporando la atención a estos como parte integrante del proceso asistencial
- Contribuir a disminuir la saturación de la sala de espera, facilitando a los familiares y acompañantes, la toma de decisiones en función del tiempo de permanencia y la evolución previsible del paciente ingresado en los SUH
- Disminuir el número de quejas y reclamaciones
- Disminuir los incidentes violentos (agresiones físicas, insultos y amenazas)

MATERIAL Y MÉTODO

Material y Método

Hemos diseñado un estudio quasi-experimental de un antes (F_0) y un después (F_1), que hemos desarrollado en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico de San Carlos (HCSC) de la Comunidad de Madrid.

El HCSC se caracteriza por ser un hospital de Alta Complejidad construido en un monobloque y conformado además por el Centro de Especialidades Quirúrgicas Pabellón 8, y los centros de especialidades Modesto Lafuente y Avenida de Portugal. Es el hospital de referencia del Área 7 de Atención Especializada de Madrid y el principal Centro de referencia en la formación de profesionales sanitarios de la Universidad Complutense de Madrid.

Cubre además la Atención Especializada de la población de los distritos de Chamberí, Latina y Carabanchel (Área 11). Cuenta con 1.193 camas instaladas y casi 6000 profesionales, para atender a una población de 520.868 ciudadanos (población total asignada en el año 2009 según Tarjeta Sanitaria Individual)⁽⁹⁸⁻¹⁰¹⁾.

El Servicio de Urgencias del HCSC se encuentra ubicado en la zona este del mismo y cuenta con diversas áreas asistenciales: Unidad de Agudos (Sala A), Unidad de Primera Asistencia (UPA) que incluye especialidades como Pediatría, Traumatología, Ginecología y Obstetricia, ORL y Oftalmología, Sala de Observación (Sala B), Unidad de Corta Estancia (UCE), Sala de Reanimación y Triage de Enfermería. Así mismo cuenta con un Área de Diagnóstico con Imagen que, aunque dependiente del Servicio de Radiodiagnóstico, está ubicada físicamente en el SUH⁽¹⁰¹⁾.

Con esta infraestructura el Servicio de Urgencias del HCSC atiende una media de 2.850 demandas de atención urgente semanales, considerando todas sus áreas asistenciales y teniendo en cuenta las 24 horas de funcionamiento⁽¹⁰²⁾.

▪ **Población diana:**

Hemos centrado el estudio en los casos atendidos en la Unidad de Agudos del SUH por tratarse de urgencias en las que realmente se barajan todos los indicadores a los que hemos aludido en la Introducción, dado que son situaciones agudas que provocan alarma tanto en el paciente como en su entorno sociofamiliar, y que tradicionalmente se desarrollan sin la posibilidad de acompañamiento al paciente y con un tiempo de espera prolongado, por la necesidad de practicar diferentes pruebas diagnósticas, incluso de observación de la respuesta del paciente en el tiempo. Se trata de situaciones en las que el componente de “urgencia subjetiva” es elevado.

Por el contrario, la Unidad de Primera Asistencia (UPA) recibe a aquellos pacientes en los que el proceso, al menos a priori, no pone en riesgo la vida de la persona y el tiempo para la atención sanitaria puede demorarse; en estos casos tanto el componente de urgencia subjetiva como de urgencia objetiva están menos marcados. Además la dinámica asistencial difiere sustancialmente de la atención en la Sala de Agudos en un componente básico en relación con nuestros objetivos: el paciente está continuamente en la sala de espera, junto a sus allegados, con la única excepción de la realización puntual de alguna prueba diagnóstica o terapéutica. Así la vivencia de la estancia en el SUH es netamente diferente en uno y otro caso.

Por todo ello la **población diana** del estudio está constituida por todas las personas, familiares y acompañantes, que acuden con el paciente al Servicio

de Urgencias del HCSC, por cualquier motivo durante el período de duración del estudio, y que son atendidas en la Sala de Agudos.

No obstante hemos establecido diferentes **criterios de exclusión**, que describimos a continuación, y que han sido seleccionados siempre con el fin de evitar cualquier distorsión o contaminación en los resultados, provocadas por causas ajenas a la dinámica en la prestación asistencial habitual:

- los familiares, y en su caso los acompañantes de aquellos pacientes que acuden a los servicios de urgencias pediátricas y ginecológicas, dadas las diferencias que existen en el proceso asistencial en lo referente a la información y acompañamiento del paciente como ocurre en el caso de la UPA
- los familiares, o en su caso los acompañantes, que tengan dificultades idiomáticas insuperables que no garanticen la adecuada comprensión del cuestionario utilizado como instrumento de evaluación
- los familiares o acompañantes cuya situación psicológica o mental suponga una barrera insuperable para responder al cuestionario
- los familiares o acompañantes que tengan relación familiar con los trabajadores del HCSC

▪ **Tamaño Muestral:**

Para calcular el tamaño de la muestra hemos utilizado el programa informático GRANMO, específicamente diseñado para el cálculo de tamaños muestrales.

El tamaño muestral se ha estimado asumiendo una desviación estándar de 1,31 por ser la más alta obtenida entre todos los ítems en el estudio de validación del cuestionario SERVQHOS (Service Quality Hospital)⁽¹⁰³⁾,

instrumento de medida que hemos utilizado en nuestro trabajo previamente adaptado a nuestra población diana (**ANEXO I**). Así mismo, el tamaño de la muestra se ha establecido para un nivel de significación del 5% y una potencia del 80% ($DE = \pm 1.31$; riesgo $\alpha = 0,05$; riesgo $\beta = 0,20$), y pretendiendo detectar una diferencia mínima de 0.5 puntos.

La proporción de rechazos se ha estimado en 0, toda vez que hemos realizado la selección mediante muestreo aleatorio simple a partir de listado y con margen suficiente para disponer de reservas en caso de que se produjera alguna pérdida o negativa a participar en el estudio.

De esta forma hemos desarrollado el estudio con 2 muestras independientes de 145 sujetos (familiares y/o acompañantes) cada una, frente a un tamaño muestral mínimo necesario de 108 sujetos.

▪ **Metodología y Plan de Trabajo:**

Para conocer el grado de satisfacción de los pacientes con la atención hospitalaria, y atendiendo a las recomendaciones del Modelo Europeo de Excelencia propuesto por la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) (European Foundation for Quality Management)⁽⁷⁰⁾, Mira JJ. y cols. diseñaron en 1998 el cuestionario SERVQHOS⁽¹⁰³⁾ frecuentemente utilizado en nuestro medio^(62,104,105) para evaluar la calidad asistencial percibida por los pacientes en el contexto de la atención hospitalaria en general en países de lengua española, y que asume el paradigma de la desconfirmación de expectativas⁽⁵³⁻⁵⁵⁾ en la misma escala de respuesta: expectativas y percepciones de los usuarios.

Posteriormente, y tomando como referencia SERVQHOS⁽¹⁰³⁾, Carbonell MA. diseña, en el año 2001, un instrumento de medida específicamente adaptado a los SUH, aunque centrado nuevamente en el grado de satisfacción de los pacientes: SERVQURG⁽¹⁰⁶⁾.

SERVQURG es un cuestionario amplio con un total de 53 ítems, que debe contestar directamente el usuario, el paciente en este caso, y que están incluidos en la sección “Medidas de la satisfacción con la asistencia sanitaria”, la de “Medidas de la efectividad de la asistencia sanitaria” y, una tercera sección de “Datos generales”⁽¹⁰⁶⁾.

Manteniendo la estructura básica de SERVQHOS⁽¹⁰³⁾, hemos incorporado al mismo los ítems específicos de SERVQURG⁽¹⁰⁶⁾ adaptándolos a nuestra población diana: la familia y los acompañantes del paciente. Igualmente hemos prescindido de aquellos ítems que miden la efectividad de la asistencia sanitaria, por no ser objeto de nuestro estudio, y hemos eliminado aquéllos otros que miden la satisfacción con la asistencia científico-técnica y los que solo afectan y puede responder el propio paciente (mejoría percibida en su proceso, eficacia en el control del dolor, realización de determinadas pruebas diagnósticas, si ha acudido antes al SUH, si se ha respetado su intimidad, etc.).

El cuestionario resultante, tras la adaptación tanto a los objetivos de nuestro estudio como a nuestra población diana (familiares y/o acompañantes del paciente) (**ANEXO I**), contiene 3 dimensiones de análisis para evaluar el grado de satisfacción de los familiares y los acompañantes de los pacientes durante su permanencia en el Servicio de Urgencias del HCSC: *Calidad Asistencial Percibida, Informe del Usuario y Criterios de Referencia*:

- La dimensión *Calidad Asistencial Percibida* contiene un total de 12 ítems que se responden mediante una escala de Likert de 1 a 5, dónde 1 significa “mucho peor de lo que esperaba”, 2 significa “peor de lo que esperaba”, 3 “como esperaba”, 4 “mejor de lo que esperaba” y, 5 significa “mucho mejor de lo que esperaba”; de esta forma las respuestas contemplan tanto las expectativas como las percepciones de los usuarios en todos los factores explorados en esta dimensión.
- La dimensión *Informe del Usuario* contiene 11 ítems de respuesta única, o bien, dicotómica con una reseña puntual para el profesional implicado, dependiendo del factor explorado en cada caso. Se trata de cuestiones tangibles, que pueden ser comprobadas aunque, en cualquier caso, continúan expresando la percepción de los familiares y acompañantes respecto de que lo que ha acontecido, no ya sus expectativas.
- El cuestionario contiene finalmente 2 *Criterios de Referencia* en relación a su intención de volver a utilizar este SUH y de recomendarlo a otras personas, cuya respuesta se realiza en base a una escala cualitativa de tres grados: “nunca”, “tengo dudas” y “sin dudarlo”.

Finalmente hemos introducido un apartado de *Sugerencias y Comentarios*, con el de que la población diana pudiera manifestar todas aquellas cuestiones importantes desde su punto de vista, y por lo tanto importantes para nuestra intervención, que no están contempladas en el cuestionario. Quisimos tener presente el punto de vista del usuario con el fin de garantizar su expresión práctica y real en la *Fase de intervención (F₁)* de nuestro estudio.

Las **variables independientes** han sido aquéllas que configuran el perfil de la población incluida en el estudio, es decir:

- el género, la edad, el nivel educativo y la relación de parentesco o afectivo-social del familiar y/o acompañante,
- el género y la edad del paciente,
- el turno de ingreso y de cumplimentación del cuestionario
- el tiempo transcurrido (percibido y real) desde el momento del ingreso hasta el momento de cumplimentar el cuestionario y, en la segunda fase además
- el tiempo transcurrido (percibido y real) entre las diferentes informaciones que se han brindado acerca de la evolución del paciente.

Las **variables dependientes** están definidas por los siguientes parámetros:

- las respuestas a los diferentes ítems del cuestionario, que pondrán de manifiesto la calidad asistencial percibida por nuestra población diana,
- el grado de satisfacción de los usuarios en función de su percepción de la calidad asistencial,
- el número de incidentes violentos acontecidos durante el desarrollo del estudio y,
- el número de reclamaciones interpuestas desde el SUH durante ambos períodos de estudio.

Cada una de las fases del estudio tuvo una duración de 3 semanas, una por cada turno de trabajo (mañana, tarde y noche); la *Fase basal* (F_0) se llevó a cabo entre los días 24 de Mayo y el 13 de Junio del año 2010, y la *Fase de intervención* (F_1) se desarrolló desde el 15 de Noviembre hasta el 5 de Diciembre del mismo año.

El cuestionario autoadministrado, que fue cumplimentado de forma voluntaria, recogió junto con los datos de identificación (fecha, género, edad y número de

historia clínica del paciente, así como el género, la edad, el nivel educativo y la relación de parentesco o afectivo-social del familiar o acompañante), el turno de ingreso, el tiempo total transcurrido desde el ingreso hasta el momento de contestar el cuestionario, así como el tiempo transcurrido desde el ingreso hasta que se produjo la primera y sucesivas informaciones acerca de la evolución clínica del paciente, durante la F_1 del estudio.

En todos los casos, el Informador responsable de administrar el cuestionario mantenía la intimidad de la familia o los acompañantes del paciente sin estar presente durante la cumplimentación del mismo. No obstante antes de abandonar el despacho que se utilizó al respecto, y tras la explicación sobre las distintas secciones del cuestionario, se brindaba la ayuda que pudieran necesitar y se dio el apoyo necesario a las personas que no podían leer e incluso escribir, o tenían problemas para interpretar adecuadamente la escala de respuestas.

También diseñamos un “Registro de información a la familia y los acompañantes” durante F_1 (**ANEXO II**), que sistematizaba el registro de las informaciones brindadas en cuanto a tiempos y pruebas pendientes desde la información o informaciones previas, así como cualquier comentario o dato que facilitara la relación con los familiares y acompañantes. De esta forma garantizábamos la continuidad en la información relativa a la evolución clínica del paciente, como parámetro de calidad en la prestación.

Elaboramos así mismo un registro específicamente diseñado para recoger la información relativa a los incidentes violentos acontecidos en ambas fases (insultos, amenazas o agresión física) (**ANEXO III**), en el que ha quedado registrado el tipo de evento que acontecía, el género del agresor, la relación

que le unía con el paciente, el turno y la hora en que se producía el evento y los profesionales implicados en el mismo. El registro contenía además un espacio para realizar cualquier comentario o aclaración que pudiera resultar oportuno para el estudio.

Igualmente han sido analizadas las quejas y reclamaciones que se realizaron desde el SUH. En este caso los datos fueron proporcionados por el Servicio de Atención al Usuario del HCSC.

Desde el punto de vista metodológico es necesario enfatizar algunas modificaciones que nos hemos visto obligados a realizar en el diseño original del estudio, debido a la dotación de personal que finalmente fue posible dedicar al trabajo de campo del mismo, dada la necesidad de que en todo caso estuvieran exclusivamente dedicados al mismo y sin tener otro contacto con la población diana que el estrictamente derivado del estudio.

El diseño original preveía una menor duración de las fases inicial y de intervención, dado que nuestra intención era la de desarrollar el trabajo de campo de forma continua e ininterrumpida en los tres turnos de trabajo y funcionamiento del SUH, es decir, cubriendo todos los turnos de trabajo de forma continua durante las 24 horas del día. De esta forma nuestra pretensión era la de ajustarnos a la vivencia completa de la familia y los acompañantes del paciente en el SUH, durante todo el proceso, desde su llegada hasta el momento del alta, ya fuera por el alta del paciente propiamente dicha, ya por ingreso en el hospital o por traslado a otro centro sanitario o institución social. Sería cualquiera de estas circunstancias, producidas en cualquier turno de trabajo la que marcaría el momento de cumplimentar el cuestionario.

Sin embargo, las posibilidades reales redundaron en una menor disponibilidad en el número de Profesionales de Enfermería y en la imposibilidad de liberar a estos de forma continua de su labor asistencial en el SUH. Por ello, el estudio se re-diseñó para ajustarlo a una duración de 3 semanas tanto en F_0 como en F_1 , una para cada turno de trabajo, que necesariamente debía finalizar coincidiendo con el cambio de turno correspondiente. Así el seguimiento de la población incluida en la primera semana se pudo prolongar desde el momento del ingreso (a partir de las 8.00 horas) y hasta la finalización del turno de mañana (a las 15 horas); en la segunda semana este seguimiento se realizó desde las 15.00 horas y hasta las 22.00 horas; y en la tercera semana entre las 22.00 horas y hasta las 8.00 horas.

Por todo ello, el *tiempo de espera real* y el *tiempo de espera percibido* se refieren en cualquier caso al tiempo transcurrido desde el momento del ingreso hasta el momento de cumplimentar el cuestionario por cualquiera de los motivos que describimos a continuación, y en ambas fases del estudio.

El motivo para cumplimentar el cuestionario fue finalmente el momento del alta del paciente, el hecho de que los familiares comunicaran que iban a ausentarse de forma prolongada o bien, la finalización del turno de trabajo correspondiente. No obstante hay que aclarar que la cumplimentación del cuestionario corrió a cargo de los Informadores, con menos limitaciones en número y en posibilidades horarias, lo que posibilitó que la información sobre la evolución clínica del paciente en F_1 pudiera prolongarse hasta las 15.00, las 22.00 y las 8.00 respectivamente, y después, pasado este límite, se recogiera la información relativa a la calidad del servicio prestado mediante la administración del cuestionario.

▪ **Recursos Materiales:**

Durante el desarrollo de ambas fases del estudio hemos contado de nuevo con la magnífica disposición de todos los estamentos del HCSC y, como resultado de su apoyo, hemos dispuesto de un despacho en las propias dependencias del SUH, específicamente destinado a la atención a las familias y los acompañantes del enfermo; es decir, a la cumplimentación de los cuestionarios durante F_0 , y al mismo fin conjuntamente con la información periódica y proactiva de la evolución clínica del paciente, durante F_1 .

Este espacio, amueblado con una mesa de despacho, un sillón y una silla de confidente, fue utilizado sin ninguna modificación durante F_0 . No quisimos introducir ni eliminar ningún elemento para no sesgar los resultados en cuanto a la satisfacción percibida por nuestra población diana en la situación basal, con el funcionamiento habitual del SUH.

Durante F_1 sí modificamos y mejoramos la infraestructura de este despacho en el que ubicamos la *Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes*, como reflejamos en la **Figura 2**, adecuándolo a los requisitos que entendemos oportunos en la línea de una atención de excelencia que marca los objetivos de nuestro estudio, y en la que el contexto forma parte de la experiencia vivida y marca un aspecto tan importante como es el de la comunicación proxémica. Entendemos el contexto en el que se desarrolla la relación con los usuarios, especialmente en un SUH, como un elemento que marca y diferencia la relación de calidad de aquella que no lo es:

*“Calidad son esos pequeños detalles
que nos distinguen de los demás”*



Figura 2.- Despacho de Atención e Información a los Familiares y Acompañantes

Esos *pequeños detalles* no consistieron sino en humanizar y dar calor a la misma sala fría, desnuda y carente de un ambiente adecuado a la información, no siempre positiva, que manejamos en un SUH. Incorporamos un mueble estantería, una mesita pequeña, tres sillas de confidente, tissues y un pequeño espejo de mano, agua para ofrecer a quien pudiera necesitarla, un portalápices, un pequeño jarrón decorativo con flores de papel, un ambientador y algunos posters educativos con contenidos propios de la época del año (invierno) y relacionados con aspectos habituales que provocan o pueden provocar una situación urgente.

El mueble estantería nos permitió almacenar y tener al alcance de la mano todo el material de Educación para la Salud en soporte escrito que brindamos continuamente a nuestra población diana, tanto para dinamizar los tiempos de espera, como para contribuir a la necesaria labor educativa en aras de mejorar la utilización racional de los diferentes dispositivos de atención urgente con que cuenta la Comunidad de Madrid, que contribuya a su vez a disminuir

las urgencias en general y las hospitalarias en particular, e incluso a prevenir las mismas.

Entendimos necesario contar con al menos 3 sillas de confidentes para atender adecuadamente a las familias que, al menos en los primeros momentos, movilizan a un número importante de sus miembros, cantidad que en numerosas ocasiones se mantiene hasta la resolución total del caso. No pudimos disponer de una cafetera que nos permitiera reconfortar a las personas en tantas situaciones difíciles que habíamos previsto iban a producirse y lo sustituimos por botellas de agua; tampoco pudimos disponer de una sala con lavabo y un espejo de pared dónde, en caso necesario, las personas pudieran recomponerse tras una información adversa; pero aseguramos que siempre podíamos ofrecer tissues, toallitas húmedas y un espejo de mano, todo al alcance de los usuarios en una mesita situada en un rincón del despacho (**Figura 3**).



Figura 3.- Detalle del Despacho de Atención e Información a los Familiares y Acompañantes

Intentamos que en caso de poder acompañar al paciente tras una mala noticia, el familiar o el acompañante no trasladara al enfermo la angustia o la preocupación que él sintiera en un momento de incertidumbre y, en todo caso, que su salida de nuevo a la sala de espera fuera lo más digna posible. En definitiva procuramos, con los medios disponibles, que las familias y los acompañantes de los pacientes disfrutaran de un mínimo de intimidad, de dignidad y de confort que hicieran un poco menos traumática su experiencia en el SUH.

Siguiendo al escritor y político irlandés Edmund Burke (1729-1797),

*“No hay mayor error que no hacer nada porque
sólo se puede hacer un poco”*

Queremos destacar que el mueble estantería y las sillas provinieron de otros despachos y dependencias en los que no estaban siendo utilizados, o al menos no para una función concreta, por lo que no supusieron un coste añadido en nuestro estudio.

Realmente los recursos necesarios estuvieron a nuestra disposición desde que los solicitamos, y en ese sentido reiteramos nuestro agradecimiento a todos los profesionales del HCSC que hicieron esto posible; nuestra labor consistió en rentabilizarlos al máximo para ponerlos al servicio tanto de nuestro estudio, como sobre todo, de nuestra población diana.

▪ **Recursos Humanos:**

La administración del cuestionario se realizó, en ambas fases, por parte de la figura del personal de la Unidad de Informadores que actualmente desarrollan su trabajo en el HCSC, concretamente en el Servicio de Urgencias. Aunque se

trata de un cuestionario autoadministrado, siempre se contaba con un Informador que, en caso necesario, ayudaba a la población diana. Los Informadores fueron seleccionados de entre aquellos que desarrollan su labor de información en el SUH de forma habitual, y específicamente entrenados en la utilización y aplicación del cuestionario, ya que desde el principio hemos entendido oportuna y deseable su implicación activa en el estudio.

La información proactiva y periódica acerca de la evolución clínica del paciente, durante F_1 , fue responsabilidad de los Profesionales de Enfermería, también seleccionados de entre la plantilla habitual del SUH.

Entendemos esta premisa especialmente interesante de resaltar, dado que son los profesionales que habitualmente desarrollan su labor en el Servicio de Urgencias, quienes mejor pueden transmitir a los usuarios la dinámica y los tiempos inciertos del mismo, quienes mejor pueden valorar la oportunidad de permitir el acompañamiento en los momentos más oportunos y quienes mejor formación tienen para conocer e interpretar la información clínica necesaria y oportuna para los familiares y acompañantes, adaptándola a las especiales circunstancias y necesidades en cada caso.

Por otro lado, el hecho de que tanto los informadores como los enfermeros formen parte de la plantilla habitual, facilita la necesaria coordinación y colaboración entre la *Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes*, que hemos puesto en marcha durante F_1 , y las diferentes dependencias asistenciales del SUH.

En el diseño original del estudio, la dotación de la Unidad estaría formada por 5 Profesionales de Enfermería durante el desarrollo de F_1 : 2 en los turnos de

mañana y tarde, y 1 profesional en el turno de noche, y 5 Informadores organizados de la misma forma y durante la duración completa del estudio, teniendo en cuenta que, de forma genérica, los períodos de máxima afluencia descritos en la literatura son los horarios de mañana y de tarde, con una pequeña depresión en las horas del almuerzo^(21,107,108).

Este fue nuestro punto de partida por entender que se trataba de la dotación ideal para conseguir nuestros objetivos con criterios de excelencia en la calidad del servicio.

Sin embargo, y a pesar de la absoluta disposición encontrada desde la Gerencia del HCSC hasta los responsables del Servicio de Urgencias, pasando por la Dirección de Enfermería y la Supervisión de Enfermería del SUH, dada la ya delicada dotación de este personal en nuestro Sistema Sanitario en su conjunto, fue necesario realizar algunos ajustes en nuestro planteamiento metodológico inicial con el fin de ajustarlo a las posibilidades reales con que pudimos finalmente contar: un total de 4 Profesionales de Enfermería durante F_1 que podrían quedar liberados del servicio durante un turno de trabajo y en grupos de 2 profesionales cada día. Este hecho también provocó los cambios que ya hemos señalado en cuanto a la metodología del estudio.

En el caso de los Informadores tuvimos más fortuna ya que, gracias a la inestimable disposición de los Coordinadores de la Unidad de Informadores del hospital, pudimos contar con un total de 8 profesionales, liberados del servicio 2 a 2 y, en casos de especial saturación, pudimos disponer incluso de 3 Informadores trabajando conjuntamente y sin apenas limitación en cuanto al horario para finalizar el turno correspondiente.

Conviene aclarar la relevancia que tuvo el hecho de que los Informadores estuvieran absolutamente liberados del servicio durante su trabajo en nuestro estudio: resultaba imprescindible que la población diana no tuviera ningún tipo de contacto con ellos durante su permanencia en el SUH para evitar el sesgo de complacencia en el momento de cumplimentar el cuestionario, que se hubiera producido sin duda, al ser estos profesionales los únicos que habitualmente mantienen contacto con las familias y los acompañantes durante su permanencia en la sala de espera del SUH.

En definitiva, y tras la adecuación del diseño original, el estudio se realizó con una dotación de 8 Informadores durante las dos fases del mismo, y 4 Profesionales de Enfermería durante F_1 .

▪ **Cronograma:**

Fase de Selección y Formación de los profesionales implicados en el estudio

Los profesionales, tanto Informadores como de Enfermería, fueron seleccionados por los Coordinadores de la Unidad de Informadores del HCSC y por los Supervisores de Enfermería del SUH, tras diferentes reuniones de trabajo celebradas con la Gerencia y la Dirección de Enfermería del HCSC, así como con el Jefe de Servicio de Urgencias.

En estas reuniones, una vez analizadas las posibilidades de los recursos humanos con los que finalmente podríamos contar para realizar el estudio, se establecieron como requisitos para la selección de los profesionales el hecho de que desarrollaran su trabajo en el propio SUH en cualquier caso, así como la voluntariedad para participar en el mismo. Ambas premisas fueron imprescindibles para garantizar tanto la eficacia como el compromiso de los

profesionales, así como su plena identificación con el estudio, del que serían los verdaderos artífices en el trabajo de campo.

Todos los profesionales, enfermeros e informadores, fueron específicamente formados y entrenados en materia de “Comunicación eficaz”, en el manejo de situaciones difíciles y adversas, de forma que supieran hacer frente al trabajo con personas a veces sometidas a una gran carga de ansiedad e incertidumbre, así como en la administración del cuestionario y en aspectos básicos en cuanto a los diferentes métodos de Educación para la Salud.

El Programa de Formación y Entrenamiento en “*Habilidades de Comunicación Eficaz con los Familiares y Acompañantes de los Pacientes en el Servicio de Urgencias*”, fue realizado en el aulario del HCSC (**Figura 4**), y constituye el pilar básico y diferenciador del presente estudio, habiendo sido diseñado *ad hoc* para el mismo como reflejamos con detalle en el **ANEXO IV**, con un total de 75 horas lectivas.



Figura 4.- Aula de Formación y Entrenamiento en *Habilidades de Comunicación Eficaz*

Fase basal (F_0): de medición y análisis del grado de satisfacción de la familia y los acompañantes en la situación basal

En esta fase, que se extendió desde el 24 de Mayo al el 13 de Junio del año 2010, objetivamos el grado de satisfacción de la familia y los acompañantes de los pacientes que acuden al SUH, en la situación basal, y considerando todos los turnos de funcionamiento (mañana, tarde y noche). Pretendíamos disponer de un nivel basal que nos permitiera evaluar posteriormente el grado de consecución de cada uno de los objetivos planteados.

Durante su estancia en la sala de espera del SUH los familiares, en esta fase, no recibieron ningún trato diferente al que se presta en el servicio de manera habitual en cuanto a la posibilidad de acompañamiento del paciente, la información sobre la evolución clínica del mismo, los horarios de visita, etc. En el mismo sentido, tuvieron a su disposición de la forma habitual a los informadores en el mostrador correspondiente ubicado en la entrada del SUH, con la información habitual que prestan. Es decir, no introdujimos modificación alguna en ningún sentido.

Los Informadores encargados de administrar el cuestionario no estaban presentes en el mostrador de información, de tal forma que, en ningún caso tuvieron contacto alguno con ninguno de los familiares y acompañantes presentes en la sala de espera, estuvieran o no incluidos en el estudio.

El cuestionario fue cumplimentado personalmente por la familia y en su caso los acompañantes seleccionados mediante muestreo aleatorio simple a partir de listado, con la presencia y ayuda de un Informador en los casos en que era necesario, y en el momento en que se anunciaba a la familia el alta del paciente, con el fin de evitar el sesgo de fallos de memoria si se hace por

correo o mediante encuesta telefónica cuando el paciente ya está en su domicilio, descrito por diferentes autores^(41,43,44), bien si la familia anunciaba que se iba a ausentar del SUH, o bien cuando finalizaba el turno de trabajo correspondiente como hemos explicado anteriormente y por las razones mencionadas.

Tras la recogida de información en esta primera fase, analizamos todos los datos obtenidos, lo que puso de manifiesto los aspectos susceptibles de mejora, las necesidades identificadas por los usuarios, las principales causas de insatisfacción, las razones que con mayor frecuencia originan las quejas y reclamaciones interpuestas por los usuarios y las situaciones violentas contra los profesionales. Todo ello nos facilitó el diseño y la metodología de trabajo que debía orientar la *Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes*, objeto último de nuestro estudio.

Fase de intervención (F₁): puesta en marcha y evaluación de la Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes

Esta fase se desarrolló en el período comprendido entre el día 15 de Noviembre y el 5 de Diciembre del año 2010 y consistió en la puesta en marcha de la Unidad, así como la recogida de información protocolizada de la misma forma que se ha descrito en *F₀*, y mediante los mismos entrevistadores, ya que además de estar entrenados esto evitaría el sesgo de medición.

De nuevo el cuestionario fue cumplimentado personalmente por la familia y en su caso los acompañantes seleccionados mediante muestreo aleatorio simple a partir de listado, en el momento en que se anunciaba a la familia el alta del paciente, cuando la familia manifestaba que se iba a ausentar del SUH, o cuando finalizaba el turno de trabajo. Igualmente se continuó con el registro

pormenorizado de los eventos violentos, quejas y reclamaciones que acontecieron durante este período de tiempo.

La intervención, objeto de contraste en este estudio, consistió en poner en marcha la *Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes* con la metodología de trabajo que describimos a continuación.

▪ ***La Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes en el Servicio de Urgencias del HCSC***

La Unidad nace con el propósito de mejorar tanto la calidad asistencial percibida por los usuarios, como su grado de satisfacción y el prestigio del Sistema Sanitario Público, tal y como hemos planteado en nuestra Hipótesis de Trabajo.

Para ello protocolizamos unos estándares de calidad para el funcionamiento de la misma, de acuerdo a los aspectos peor valorados por nuestra población diana en F_0 , así como con los resultados puestos de manifiesto en los estudios analizados en la Introducción y que justifican la oportunidad de nuestro estudio.

La **Figura 5** refleja algunos momentos de la información personalizada ofrecida por los Profesionales de Enfermería a los familiares y acompañantes sobre la evolución clínica del paciente, a lo largo de su estancia en el SUH durante F_1 .

Planteamos a continuación esos estándares de calidad a que nos referimos y que giran en torno a la razón de ser de nuestra intervención: la humanización de la atención hacia los familiares y los acompañantes del paciente que ingresa en el Servicio de Urgencias del HCSC, de forma personalizada:



Figura 5.- Información clínica a los Familiares y Acompañantes

- Todas las personas incluidas en la población diana del estudio deberán ser objeto de acogida al finalizar los trámites en la Admisión del SUH.
- Es imprescindible identificar desde el principio a la unidad familiar o acompañantes del paciente; existe un espacio para ello en el “Registro de información a la familia y los acompañantes” (**ANEXO II**) en el que se pueden reflejar las características físicas relevantes que permitan identificar de forma ágil y eficaz a las personas
- El Profesional de Enfermería responsable de cada caso se debe presentar por sistema a la familia o los acompañantes del paciente, aprovechando para hacer entrega de la “*Guía de Información para familiares y acompañantes*” (**ANEXO V**) diseñada al efecto para la realización de este estudio y explicando que en breve se hablará personalmente con ellos
- Una vez realizado el *triaje* del paciente, y en el despacho en el que está ubicada la Unidad, se muestra a los familiares o acompañantes el

funcionamiento del SUH con ayuda de la “*Guía de Información para familiares y acompañantes*” (**ANEXO V**), y el de la propia Unidad

- Tras esta primera toma de contacto se debe informar de que se ofrecerá información periódica, cada 45 minutos como máximo, y proactiva de la evolución clínica del paciente a los familiares o acompañantes que permanezcan en la sala de espera. Este intervalo de tiempo se reducirá siempre que se produzca algún cambio en la situación del paciente
- También tras este primer contacto con la familia o los acompañantes del paciente, se les debe acompañar a la sala de espera, ubicar el mostrador de información y presentar a los informadores que realizan su jornada laboral y a los que se pueden dirigir como cualquier otro usuario
- En caso de que la situación del paciente no presente cambios, se deben continuar los contactos con las personas cada 45 minutos como máximo
- En ningún caso la presencia en la Unidad de los familiares y acompañantes incluidos en el estudio será reclamada por megafonía. El Profesional de Enfermería se personará en la sala de espera y, personalmente y utilizando su nombre, le invitará a acompañarle
- En todas las sesiones de información se deberá señalar y recordar tanto el nombre del Profesional Médico como el del Profesional de Enfermería responsables del paciente, así como el del Profesional de Enfermería responsable de la atención e información a la familia y los acompañantes. Si fuera necesario esta información se anotará por escrito
- Si la situación emocional es adecuada, se debe aprovechar para entregar algún material de Educación para la Salud relativo a la situación que ha provocado la demanda de atención urgente o, en su defecto, material oportuno de acuerdo a las circunstancias del paciente, del

propio entorno sociofamiliar, de la época del año o de las principales causas que provocan demanda de atención urgente.

- En los contactos sucesivos se debe analizar cualquier duda o comentario relativo al material entregado, aclarando o matizando en función de la demanda de las personas, y facilitando cualquier otro material que pueda ser oportuno a lo largo de los diferentes contactos
- Es imprescindible que durante el tiempo de espera no haya ningún contacto entre el Informador que administrará el cuestionario y la unidad familiar o los acompañantes, para evitar el sesgo de complacencia
- También es imprescindible presentar a este Informador en el momento en que finalice la última de las informaciones clínicas brindadas y antes de la despedida
- El Informador responsable de administrar el cuestionario debe salvaguardar y respetar la intimidad de las personas durante la cumplimentación del mismo, aunque ofrecerá su ayuda en todos los casos para suplir las posibles deficiencias o limitaciones que puedan presentar para reflejar sus respuestas a los diferentes ítems
- Durante la espera en el SUH, coincidiendo o no con la información periódica, se debe facilitar el acompañamiento al paciente cuando la dinámica asistencial lo permita y tantas veces como esto sea posible. En este caso: *siempre, nunca será demasiado*
- El nombre es lo que más identifica a las personas: recordémosles el nuestro y recordemos el de ellos
- La primera impresión, pero también la despedida son fundamentales para *causar buena impresión*

Toda la información relativa a la atención a los familiares y acompañantes ha sido recogida en los correspondientes registros y protocolos, diseñados

expresamente dentro del presente estudio con el fin de facilitar el trabajo a los profesionales, garantizar la calidad del mismo y facilitar posteriormente la evaluación de la Unidad (**ANEXOS I, II, III y V**).

▪ **Análisis estadístico:**

Las variables categóricas se presentan con su distribución de frecuencias. La asociación entre variables cualitativas se evaluó mediante el test de χ^2 o prueba exacta de Fisher, en el caso de que un 25% o más de los valores esperados fueran menores de 5. Se realizó una comparación pos hoc en las categorías dos a dos. Las variables cuantitativas se resumen en su media (\bar{X}), desviación estándar (DE), o bien, con la mediana (Me) y rango intercuartil (P_{25} , P_{75}) en caso de asimetría.

Se analizó el comportamiento de las variables cuantitativas por los grupos de estudio, con el análisis de la variancia (ANOVA). Mediante esta técnica se han evaluado las diferencias de medias debido al efecto individual o principal de cada factor, y/o al efecto de sus interacciones.

Para el análisis entre pares de variables cuantitativas se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson (r). Se determinó el contraste de la hipótesis nula de que el coeficiente es igual a 0.

Se ajustaron modelos de regresión logística con el objeto de evaluar la asociación de aquellas variables en las que, en análisis crudo, el resultado de la “p” del contraste era inferior a 0.05 ($p < 0,05$). Este modelo permite identificar la relación entre un conjunto de variables demográficas y la intervención, y la probabilidad de respuesta “*muy satisfecho*”. Así mismo para identificar los ítems de mayor peso en esta categoría en F_1 , se presentan los “odds ratio”

ajustados (OR_{aj}) junto a sus intervalos de confianza al 95%. En todos los casos se comprobó la distribución de la variable frente a los modelos teóricos y se contrastó la hipótesis de homogeneidad de variancias. En todos los contrastes de hipótesis se rechazó la hipótesis nula con un error de tipo I o error α menor a 0.05.

El paquete informático utilizado para el análisis fue SPSS para Windows versión 15.0.

RESULTADOS

Resultados

Fase basal (F_0): de medición y análisis del grado de satisfacción de la familia y los acompañantes en la situación basal

La *Fase basal (F_0)* se desarrolló durante 3 semanas consecutivas, entre el 24 de Mayo y el 13 de Junio del año 2010; la primera semana (del 24 al 30 de Mayo) se cumplimentaron los cuestionarios correspondientes al turno de mañana, durante la segunda semana (del 31 de Mayo al 6 de Junio) los correspondientes al turno de tarde y, la última semana (del 7 al 13 de Junio) los cuestionarios del turno de noche.

Los cuestionarios de los diferentes turnos se distribuyeron porcentualmente de acuerdo a la utilización del SUH durante el mismo período de tiempo en el año previo⁽¹⁰²⁾, correspondiendo el 41,4% (60 cuestionarios) al turno de mañana, el 36% (52 cuestionarios) al de tarde y el 22,6% (33 cuestionarios) al turno de noche, como se representa en la **Figura 6**.

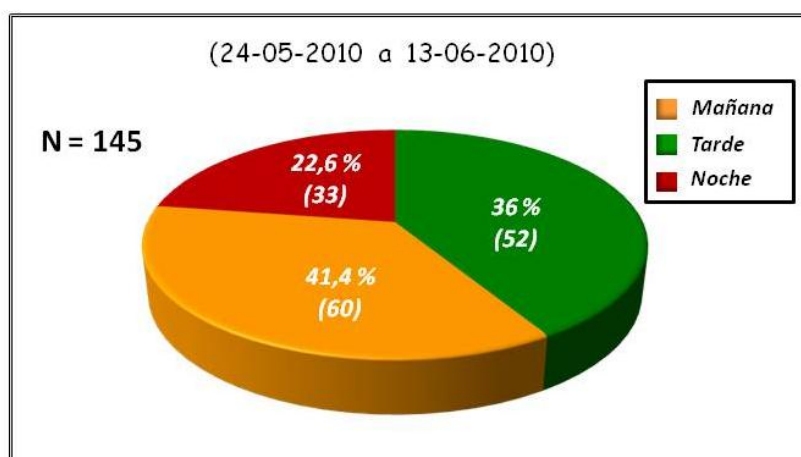


Figura 6.- Distribución de la muestra por turno de ingreso

La **Figura 7** muestra cómo el alta del paciente del SUH fue la razón principal que motivó la administración del cuestionario (62,1% de los casos), seguida de

la finalización del turno de trabajo correspondiente (30,3%), y con él del seguimiento de los casos, y de la ausencia de los familiares y acompañantes prevista por un período de tiempo prolongado en un porcentaje muy inferior (7,6%).

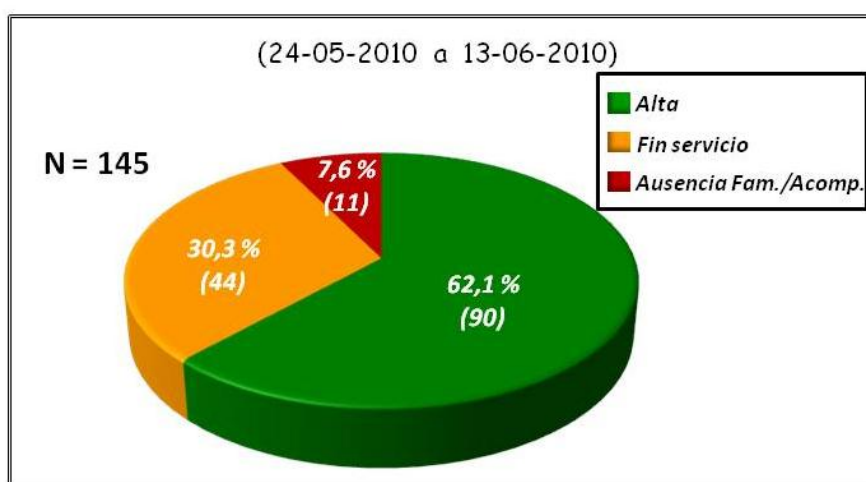


Figura 7.- Motivos para administrar el cuestionario

Así, durante F_1 fueron cumplimentados por los familiares y acompañantes de los pacientes, un total de 145 cuestionarios válidos; aunque se trata de un cuestionario autoadministrado, en todo momento contaron con la disposición de un Informador que les ayudaba en aquellos casos en los que la población diana lo requería por tener dificultades para leer, para comprender la escala de respuesta o cualquier otra circunstancia que aconsejara el apoyo para garantizar la validez de las respuestas. Si este apoyo no era necesario, el Informador se ausentaba para respetar la libertad y la intimidad de la población diana en sus respuestas, aunque permanecía cerca, al otro lado de la puerta, a disposición de cuantas aclaraciones le fueran solicitadas.

A pesar de esta precaución, tuvimos que desestimar 13 cuestionarios, bien por falta de respuesta en algunos ítems, e incluso en alguna sección completa,

bien por respuestas múltiples que pusieron de manifiesto la incorrecta interpretación del instrumento de medida y, por tanto, la no validez del mismo.

El Programa de Formación de todos los profesionales que han participado en el estudio (**ANEXO IV**) tuvo entre sus objetivos el correcto entrenamiento para que, en caso de ser necesario, los profesionales garantizaran esa intimidad y libertad incluso cuando era precisa su presencia continua. También fue esta la razón por la que los Informadores participantes en el estudio debían estar liberados de su labor habitual para no tener ningún tipo de contacto con los familiares, y en su caso los acompañantes: evitar el sesgo de complacencia en las respuestas y garantizar la libertad en las mismas.

En cuanto al género, como podemos apreciar en la **Figura 8**, una discreta mayoría de los pacientes que necesitaron atención urgente durante esta fase del estudio fueron hombres (52,4%) y el resto (47,6%) mujeres. Sin embargo, la mayoría de las personas que acudieron acompañando al paciente fueron mujeres, ascendiendo hasta el 63,4% de la muestra, siendo hombres el 36,6% restante; así mismo, el 97,2% de la muestra lo han constituido personas pertenecientes a la unidad familiar, siendo tan solo el 2,8% provenientes del entorno social del paciente los que le acompañaron en esta situación (**Figura 9**).

Ambos datos, a nuestro juicio, indican que la unidad familiar continúa siendo el pilar principal de cuidado y apoyo en los procesos de salud y enfermedad en nuestra sociedad y que, dentro de la familia, la mujer ocupa un lugar relevante como cuidadora de la salud, y por tanto como verdadero agente de salud de sus miembros, ya sea en la figura de esposa, madre, hija o como abuela o nieta.

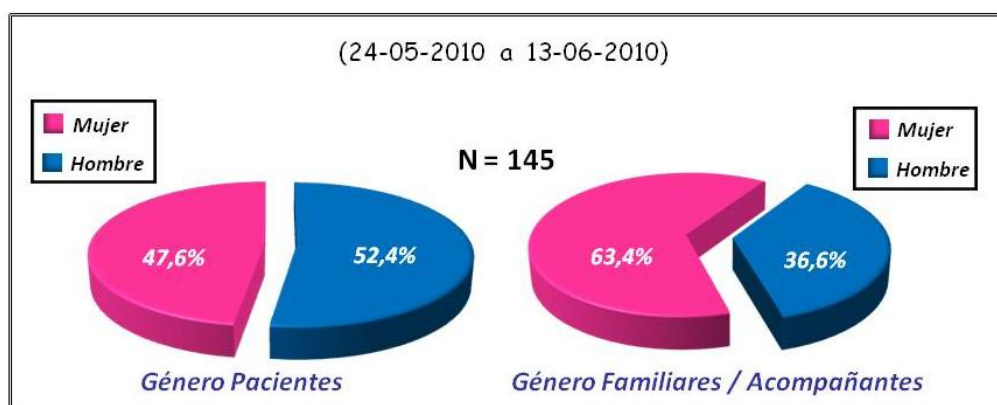


Figura 8.- Características Socio-Demográficas de la muestra: Género

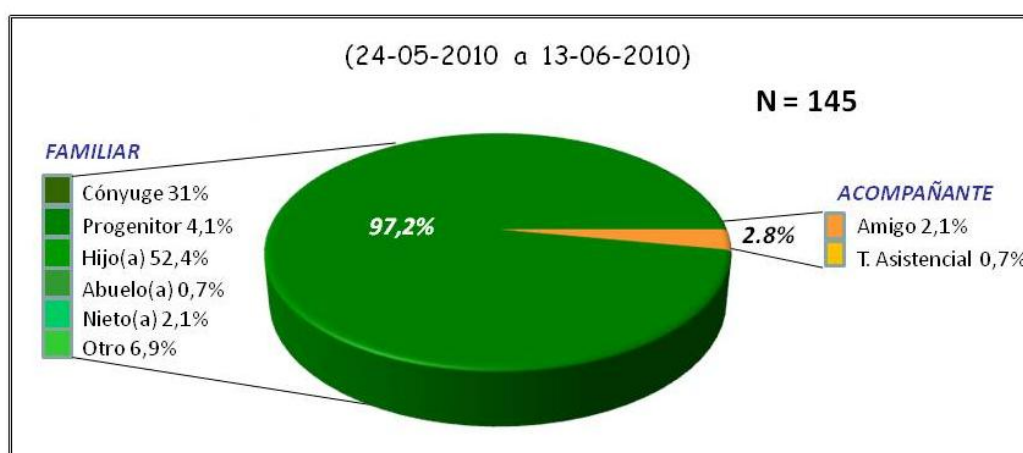


Figura 9.- Características Socio-Demográficas de la muestra: Tipo de relación

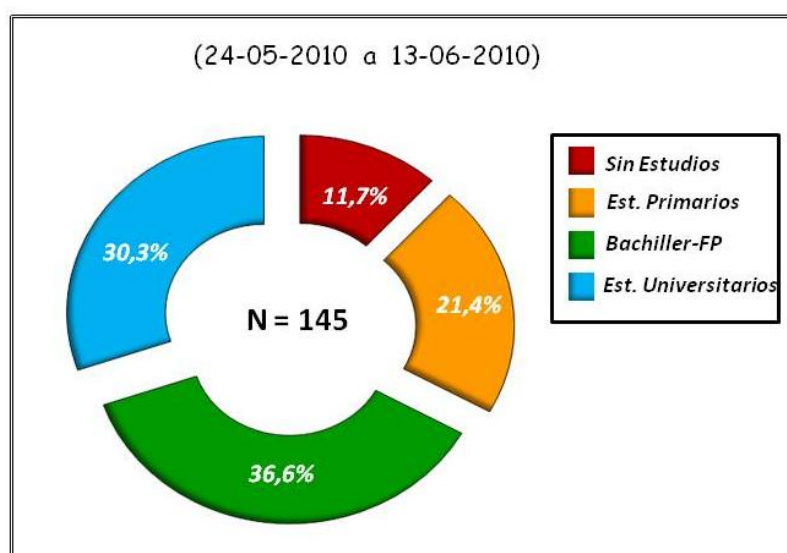
En nuestro estudio la población que acudió con un problema al SUH tenía una edad avanzada siendo la media de edad de los pacientes de 72(18) años con un rango comprendido entre los 17-103 años, $P_{25}= 70$ y $P_{75}= 83$; en el caso de los familiares y acompañantes la edad media fue inferior: 54(16) años con un rango de 21-90 años, siendo $P_{25}= 43$ y $P_{75}= 68$ (**Tabla 1**).

El nivel de formación de los familiares y acompañantes, según vemos en la **Figura 10**, se distribuye en un 11,7% de personas sin estudios, un 21,4% que

Tabla 1.- Características Socio-Demográficas de la muestra: Edad

N= 145	\bar{X} (DE)	Min.	Máx.	P25	P75	P50
Edad Pacientes	72(18)	17	103	70	83	78
Edad Familiar / Acompañante	54(16)	21	90	43	68	51

declaran tener estudios primarios, un 36,6% con estudios de bachiller o formación profesional y un 30,3% que manifiestan ser diplomados o licenciados universitarios.

**Figura 10.- Características Socio-Demográficas de la muestra: Nivel de Estudios**

En cuanto a la *Calidad Asistencial Percibida*, los 12 ítems correspondientes a esta dimensión con sus valoraciones respectivas obtienen una puntuación media de 3.04(0.85) sobre una puntuación máxima de 5. En la **Tabla 2** podemos observar como la puntuación sobre la “Confianza y seguridad” que transmiten los profesionales, así como su “Preparación y capacitación”

asistencial junto con la “Amabilidad en el trato”, son ítems cuya valoración se desplaza hacia el lado más positivo de la escala para un porcentaje importante de la muestra; sin embargo los aspectos que conforman la *Calidad Asistencial Percibida* en relación con el “Interés por los familiares y acompañantes”, el “Trato personalizado” hacia ellos y todos los ítems relacionados con la comunicación y la información clínica, que resaltamos específicamente en la **Figura 11**, se desplazan claramente hacia el lado más negativo de la escala de valoración.

Podemos analizar también en la **Tabla 2**, cómo mientras el “Tiempo de espera para la primera atención” obtiene una valoración aceptable, la valoración del “Tiempo de espera total” que perciben los usuarios es notablemente inferior.

Tabla 2.- Calidad Asistencial Percibida

N = 145	\bar{X} (DE)	MUCHO PEOR (%)	PEOR (%)	COMO ESPERABA (%)	MEJOR (%)	MUCHO MEJOR (%)
Confianza-Seguridad	3.48 (1.08)	6,9	7,6	34,5	33,1	17,9
Preparación-Capacitación	3.55 (1.04)	5,5	6,2	35,2	33,8	19,3
Amabilidad trato	3.75 (1.17)	5,5	11	17,2	35,2	31
Interés Familia/Acompañantes	3.03 (1.29)	15,9	17,9	29	21,4	15,9
Trato personalizado	2.97 (1.25)	15,9	20	27,6	24,1	12,4
Información enfermería (14)	2.29 (1.20)	28,6	35,7	21,4	7,1	7,1
Información médica	2.68 (1.16)	20	22,8	31,7	20	5,5
Calidad Comunic. Enfª (12)	2.33 (1.23)	25	41,7	16,7	8,3	8,3
Cantidad Información Clínica	2.27 (1.15)	29	35,9	21,4	6,9	6,9
Tiempo espera 1ª Atención	3.33 (1.28)	13,9	7,6	31,9	25	21,5
Tiempo espera total	2.42 (1.18)	29,7	20	35,9	7,6	6,9
Satisfacción Global	3.06 (1.11)	11,7	13,1	42,8	22,1	10,3
PUNTUACIÓN TOTAL	3.04 (0.85)					

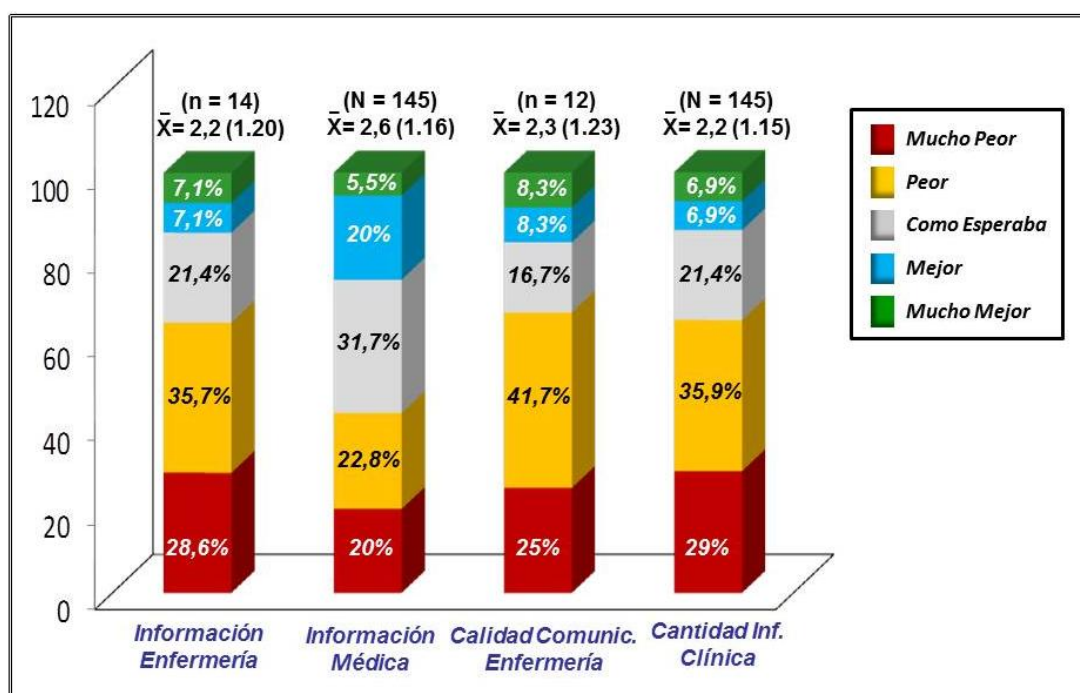


Figura 11.- Calidad Asistencial Percibida en relación con la Información brindada

Debemos aclarar que los ítems relativos a la “Información clínica brindada por los Profesionales de Enfermería” y la “Calidad de la comunicación” con los mismos profesionales, fueron cumplimentados únicamente por 14 y 12 sujetos respectivamente de la muestra seleccionada, que fueron aquellos que tuvieron oportunidad de mantener con estos profesionales algún tipo de relación durante su espera en el SUH. Creemos también conveniente recordar que esta fase constituye la *Fase basal* del estudio (F_0), durante la cual la dinámica asistencial discurre espontáneamente y sin ningún tipo de intervención.

En la dimensión *Informe del Usuario*, aunque compuesta por 11 ítems, durante esta F_0 únicamente se pudieron tener en cuenta 10 de ellos, dado que el relativo a si conocían o no el nombre del Profesional de Enfermería responsable de brindar información sobre la evolución del paciente, no tenía

sentido en esta fase en la que no se introdujo ningún tipo de intervención y se desarrolló en situación basal.

Los resultados de esta dimensión se muestran en las **Figuras 12 a 16** y en la **Tabla 3**. Realizaremos al respecto algunas observaciones interesantes desde la perspectiva de nuestro estudio.

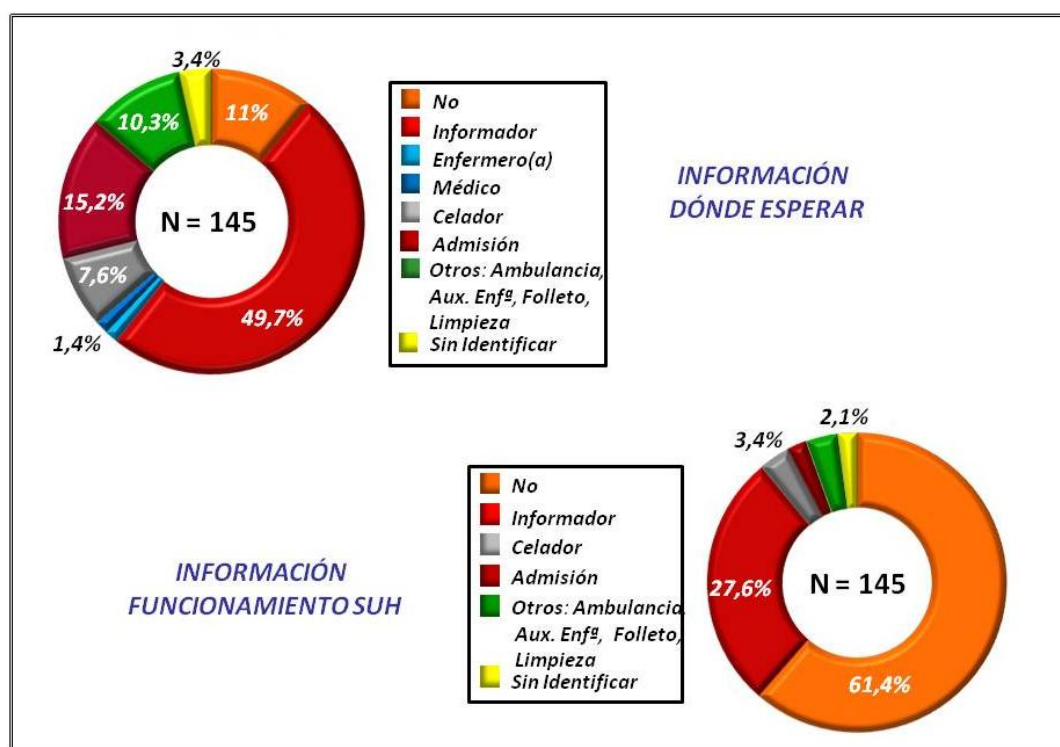


Figura 12.- Informe del Usuario (I)

Por un lado hay que destacar el alto porcentaje de población que no ha recibido ninguna indicación o información en aspectos tan operativos como “Dónde debían esperar” (11%), “Cómo funciona el SUH” (61,4%) (**Figura 12**), “Qué pruebas se le realizaban al paciente” (42,8%), “Tiempo previsible para tener algún resultado” (69%) (**Figura 13**), “Recomendaciones al alta” (53,1%) (**Figura 14**), “Información sobre la evolución clínica del paciente” (17,2%) (**Figura 15**),

“Nombre del Profesional de Enfermería que atiende al paciente” (96,6%), o “Nombre del Profesional Médico que atiende al paciente” (89%) (**Figura 16**).

Podemos observar en la **Figura 13**, que es el profesional médico el que mayoritariamente ofrece información relacionada con las “Pruebas que se realizan al paciente” y con el “Tiempo previsible para tener algún resultado”, si bien esto solo ocurre en un 46,9% y un 22,1% de los casos respectivamente.

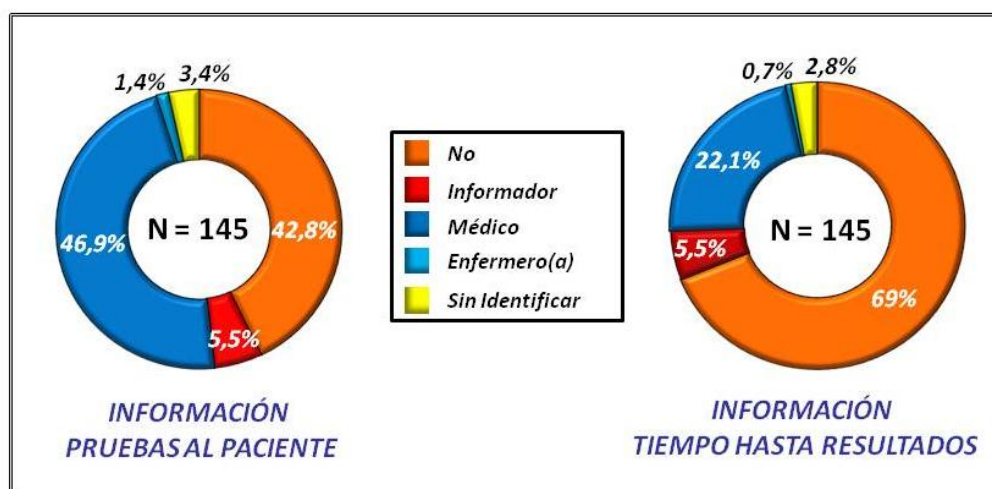


Figura 13.- Informe del Usuario (II)

El 22,8% de los familiares y acompañantes manifiestan que no tuvieron ninguna posibilidad de “Ver al paciente”, es decir a su ser querido (**Figura 14**), a pesar de que el “Tiempo de espera percibido” obtuvo una media de 5:32(2) horas con un rango de 1 -12 horas y siendo $P_{25}=4$ horas, $P_{75}= 6:45$ horas y la mediana de 5 horas, como observamos en la **Tabla 3** a la que luego nos referiremos.

Es obligado resaltar el hecho de que en todos los ítems que conforman la parte cualitativa de esta dimensión, excepto aquellos en los que se manejan contenidos de tipo asistencial como las “Pruebas que se estaban realizando al

paciente”, el “Tiempo previsto para tener resultados” o la “Información al alta”, la figura del Informador resultó especialmente relevante para hacer menos difícil la espera en el SUH de los familiares y de los acompañantes, como se puede apreciar en las **Figuras 12 y 14**.

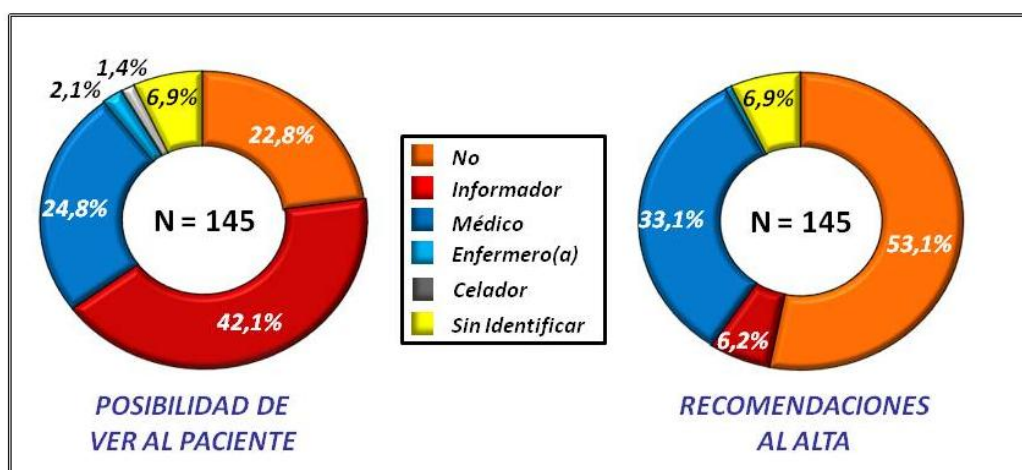


Figura 14.- Informe del Usuario (III)

La **Figura 15** refleja la escasa “Información acerca de la situación clínica del paciente” que reciben los familiares y acompañantes: el 81,4% de ellos recibe entre 0 y 2 informaciones a lo largo de la espera en el SUH, mientras solo un usuario recibe 5 y 6 informaciones en cada caso. La **Figura 16** resulta muy elocuente en lo referente al desconocimiento del “Nombre de los profesionales” que prestan atención sanitaria al paciente, a su falta de identificación en este sentido.

La **Tabla 3** recoge la información relativa a las variables cuantitativas del *Informe del Usuario*: el “Tiempo de espera percibido”, el “Tiempo de espera real” recogido por los profesionales y la “Cantidad de informaciones percibidas” por parte de la población integrante de la muestra de nuestro estudio. Frente a una media de 5:32(2) horas de espera percibida, con una rango de 1 – 12

horas y una mediana de 5 horas, se produjo una espera media real de 4:55(1:40) horas con un rango de 0:54 – 9:54 horas, siendo la mediana en este caso de 4:50 horas.

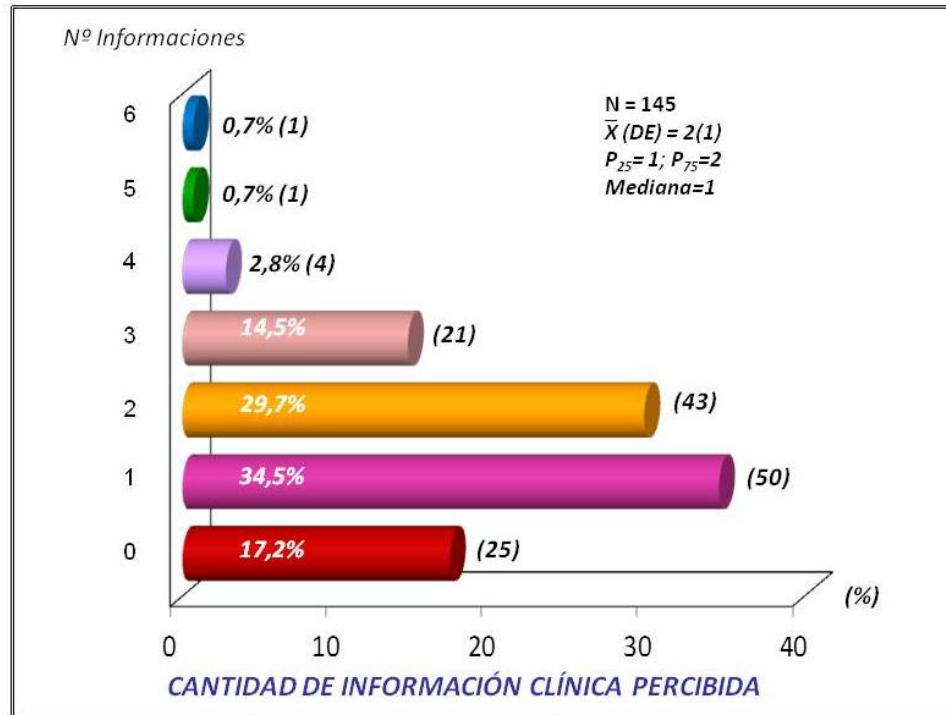


Figura 15.- Informe del Usuario (IV)

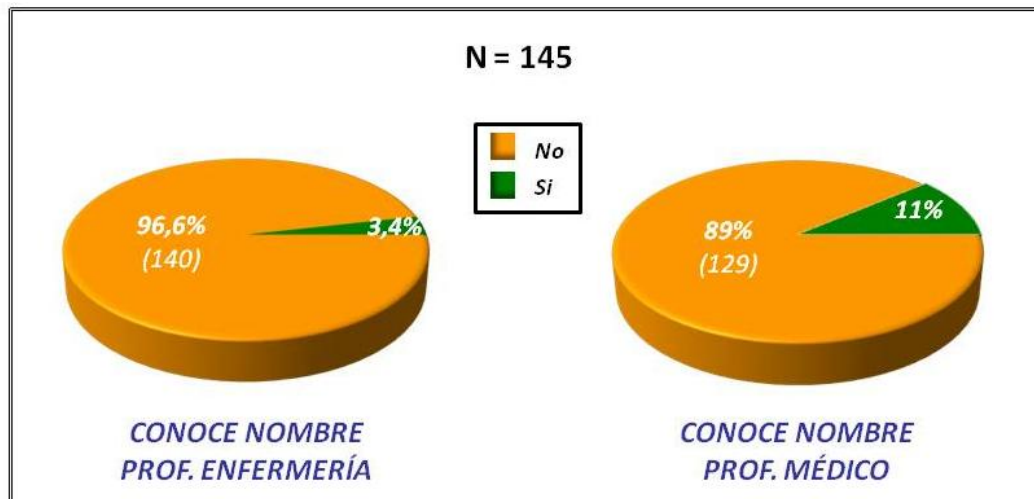


Figura 16.- Informe del Usuario (V)

Tabla 3.- Informe del Usuario (VI)

N= 145	\bar{X}(DE)	Min.	Máx.	P25	P75	P50
<i>Tiempo espera real</i>	4:55(1:40)	0:54	9:54	3:35	5:59	4:50
<i>Tiempo espera percibido</i>	5:32(2)	1:00	12:00	4:00	6:45	5:00
<i>Información clínica percibida</i>	2(1)	0	6	1	2	1

Recordamos una vez más que el tiempo de espera fue el comprendido entre el momento del ingreso y el de la cumplimentación del cuestionario. La media de informaciones clínicas percibidas que reportó la población fue de 2(1), pero también conviene aclarar que el 34,5 % y el 29,7% de la muestra recibió únicamente 1 ó 2 informaciones durante el tiempo de espera, frente al 0,7% (tan solo 1 sujeto) que recibió 5 y hasta 6 informaciones durante este período; el 14,5% y el 2,8% llegó a recibir 3 y 4 informaciones respectivamente. En todos los casos se trata de la percepción de los usuarios que, como era de esperar, perciben tiempos de espera mayores a los reales.

La media de “Informaciones clínicas percibidas” presenta una ligera correlación con el “Tiempo de espera percibido”, que no alcanza niveles de significación estadística ($r=0,14$; $p=0,088$); sin embargo, podemos apreciar que el “Tiempo medio de espera percibido” es algo mayor que el “Tiempo de espera real” (**Tabla 3**), siendo estadísticamente fuerte la correlación entre ambos tiempos ($r=0,92$; $p<0,001$), como presentamos en la **Tabla 4**.

Tabla 4.- Correlación Tiempos de espera Vs. Información recibida

N= 145	Tiempo de espera real	Tiempo de espera percibido	Información clínica percibida
Tiempo espera real	■	$r=0,92$ $p<0,001$	-
Tiempo espera percibido	$r=0,92$ $p<0,001$	■	$r=0,14$ $p=0,088$
Información clínica percibida	-	$r=0,14$ $p=0,088$	■

Los *Criterios de Referencia* del cuestionario evidencian que, en caso de poder elegir, el 11,8% de la muestra no volvería “*nunca*” al Servicio de Urgencias del HCSC, el 37,2% “*tendría dudas*” al respecto y el 51% volvería “*sin dudarlo*”; en cuanto a si recomendarían el Servicio de Urgencias del HCSC de acuerdo a su experiencia actual en el mismo, el 17,2% no lo recomendaría “*nunca*”, el 41,4% “*tendría dudas*” y también el 41,4% declara que lo recomendaría “*sin dudar*” (**Figura 17**).

Resulta llamativo el hecho de que sea mayor el porcentaje de usuarios que nunca recomendarían el SUH, que el de aquellos que manifiestan que nunca volverían al mismo (17,2% Vs. 11,8%) pero como analizaremos a continuación, en el apartado de comentarios y sugerencias, la calidad científica y la ubicación geográfica explican esta aparente contradicción.

Hemos querido analizar en qué medida las dimensiones de la *Calidad Asistencial Percibida* y del *Informe del Usuario*, se comportan como predictoras de que finalmente nuestros usuarios manifiesten la intención de volver o de recomendar el Servicio de Urgencias del HCSC a otras personas.

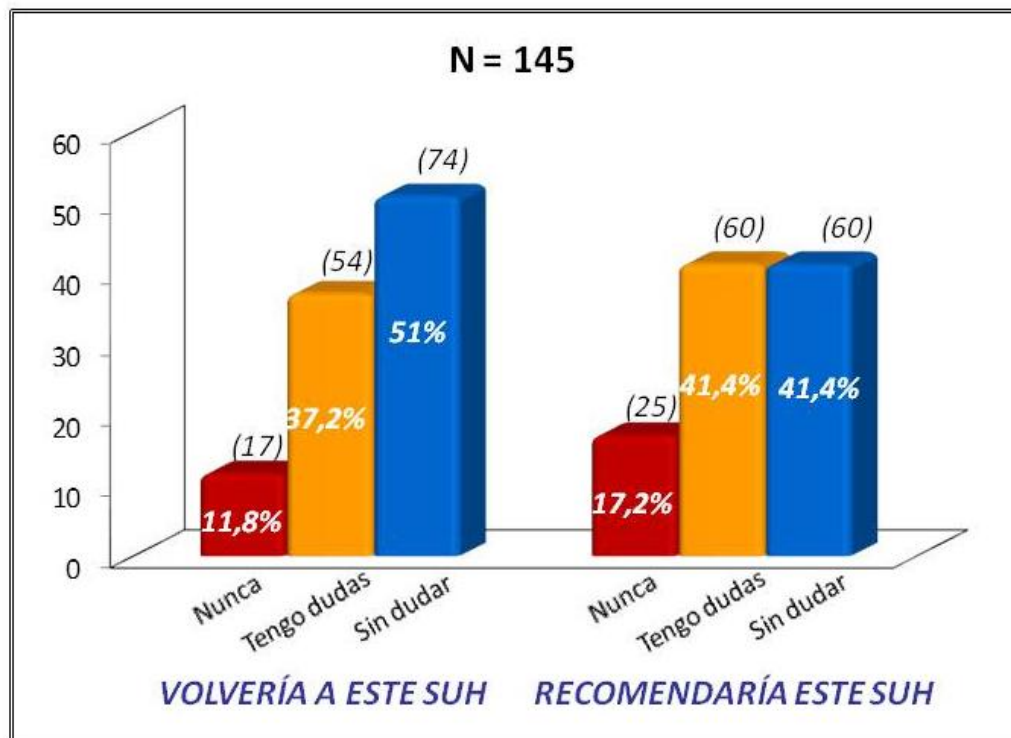


Figura 17.- Criterios de Referencia (I) y (II)

Al respecto, todos los ítems de la dimensión *Calidad Asistencial Percibida* se relacionan significativamente con la intención tanto de *volver* (**Tabla 5.1**) como de *recomendar* el SUH (**Tabla 5.2**) con un nivel de significación $p < 0,001$, a excepción del “Tiempo de espera hasta la primera atención” que presenta un nivel de significación $p = 0,026$ para volver al mismo y $p = 0,014$ para recomendarlo, de la “Información brindada por los profesionales de enfermería” que en el caso de la intención de volver es $p = 0,020$ e inexistente para la intención de recomendar el SUH, y la “Calidad de la comunicación” de estos profesionales que no presenta relación alguna con la intención de volver o recomendar el SUH, debido probablemente al escaso número de respuestas conseguidas en estos ítems durante la primera fase del estudio.

Tabla 5.1.- Asociación Calidad Asistencial Percibida Vs. Criterios de Referencia (I)

N= 145		VOLVERÍA AL SUH			Sig. (p)
		Nunca n (%)	Tengo Dudas n (%)	Sin Dudar n (%)	
Confianza-Seguridad	Mucho peor	7 (40)	2(4)	1(1)	p<0,001
	Peor	3(18)	6(11)	2(3)	
	Como esperaba	5(30)	20(37)	25(34)	
	Mejor	1(6)	19(35)	28(38)	
	Mucho mejor	1(6)	7(13)	18(24)	
Preparación-Capacitación	Mucho peor	6(36)	2(4)	0	p<0,001
	Peor	2(12)	5(9)	2(3)	
	Como esperaba	7(40)	21(39)	23(31)	
	Mejor	0	16(30)	33(44)	
	Mucho mejor	2(12)	10(18)	16(22)	
Amabilidad en el trato	Mucho peor	5(30)	2(4)	1(1)	p<0,001
	Peor	6(35)	5(9)	5(7)	
	Como esperaba	3(18)	11(20)	11(15)	
	Mejor	2(12)	21(39)	28(38)	
	Mucho mejor	1(6)	15(28)	29(39)	
Interés Familia/Acompañantes	Mucho peor	12(70)	9(17)	2(3)	p<0,001
	Peor	1(6)	13(24)	12(16)	
	Como esperaba	3(18)	15(28)	24(32)	
	Mejor	0	11(20)	20(27)	
	Mucho mejor	1(6)	6(11)	16(22)	
Trato personalizado	Mucho peor	11(64)	5(9)	7(10)	p<0,001
	Peor	3(18)	14(26)	12(16)	
	Como esperaba	2(12)	20(37)	18(24)	
	Mejor	0	11(20)	24(32)	
	Mucho mejor	1(6)	4(7)	13(18)	
Información enfermería (14)	Mucho peor	3(18)	1(2)	0	p=0,020
	Peor	1(6)	4(7)	0	
	Como esperaba	0	0	3(4)	
	Mejor	0	0	1(1)	
	Mucho mejor	0	0	1(1)	
Información médica	Mucho peor	10(59)	13(24)	6(8)	p<0,001
	Peor	5(30)	20(37)	8(11)	
	Como esperaba	2(12)	14(26)	30(40)	
	Mejor	0	5(9)	24(32)	
	Mucho mejor	0	2(4)	6(8)	
Calidad Comunicación enfª. (12)	Mucho peor	1(6)	2(4)	0	-
	Peor	1(6)	2(4)	2(3)	
	Como esperaba	0	0	2(3)	
	Mejor	0	0	1(1)	
	Mucho mejor	0	0	1(1)	
Cantidad Información Clínica	Mucho peor	16(94)	16(30)	10(13)	p<0,001
	Peor	0	32(59)	20(27)	
	Como esperaba	0	6(11)	25(34)	
	Mejor	1(6)	0	9(12)	
	Mucho mejor	0	0	10(14)	

. / ..

.. / ..

Tiempo espera 1ª Atención	Mucho peor	6(36)	12(22)	3(4)	p=0,026
	Peor	1(6)	4(7)	6(8)	
	Como esperaba	7(40)	16(30)	23(31)	
	Mejor	1(6)	11(20)	24(32)	
Tiempo espera total	Mucho mejor	2(12)	11(20)	18(24)	p<0,001
	Mucho peor	15(88)	22(41)	6(8)	
	Peor	1(6)	17(32)	11(15)	
	Como esperaba	1(6)	11(20)	40(52)	
Satisfacción Global	Mejor	0	1(2)	10(14)	p<0,001
	Mucho mejor	0	3(5)	7(10)	
	Mucho peor	11(64)	5(9)	1(1)	
	Peor	2(12)	11(20)	6(8)	
	Como esperaba	4(24)	26(49)	32(43)	p<0,001
	Mejor	0	11(20)	21(28)	
	Mucho mejor	0	1(2)	14(20)	

Tabla 5.2.-Asociación Calidad Asistencial Percibida Vs. Criterios de Referencia (II)

		RECOMENDARÍA EL SUH			Sig. (p)
		Nunca n (%)	Tengo Dudas n (%)	Sin Dudar n (%)	
Confianza-Seguridad	Mucho peor	9 (36)	0	1(2)	p<0,001
	Peor	3(12)	6(10)	2(4)	
	Como esperaba	7(28)	25(42)	18(30)	
	Mejor	5(20)	20(33)	23(38)	
Preparación-Capacitación	Mucho mejor	1(4)	9(15)	16(26)	p<0,001
	Mucho peor	6(24)	2(3)	0	
	Peor	4(16)	3(5)	2(4)	
	Como esperaba	11(44)	23(38)	17(28)	
Amabilidad en el trato	Mejor	1(4)	22(37)	26(43)	p<0,001
	Mucho mejor	3(12)	10(17)	15(25)	
	Mucho peor	5(20)	2(3)	1(2)	
	Peor	7(28)	4(7)	5(8)	
Interés Familia/Acompañantes	Como esperaba	6(24)	12(20)	7(12)	p<0,001
	Mejor	4(16)	26(43)	21(35)	
	Mucho mejor	3(12)	16(27)	26(43)	
	Mucho peor	15(60)	6(10)	2(4)	
Trato personalizado	Peor	4(16)	13(22)	9(16)	p<0,001
	Como esperaba	5(20)	21(35)	16(26)	
	Mejor	0	14(23)	17(28)	
	Mucho mejor	1(4)	6(10)	16(26)	
	Mucho peor	13(52)	5(8)	5(8)	p<0,001
	Peor	7(28)	12(20)	10(17)	
	Como esperaba	4(16)	24(40)	12(20)	
	Mejor	0	15(25)	20(33)	
	Mucho mejor	1(4)	4(7)	13(22)	

. / ..

.. / ..

Información enfermería (14)	Mucho peor	3(50)	1(20)	0	-
	Peor	3(50)	2(40)	0	
	Como esperaba	0	2(40)	1(33)	
	Mejor	0	0	1(33)	
	Mucho mejor	0	0	1(33)	
Información médica	Mucho peor	14(56)	11(18)	4(7)	$p<0,001$
	Peor	6(24)	21(35)	6(10)	
	Como esperaba	3(12)	16(27)	27(45)	
	Mejor	1(4)	11(18)	17(28)	
	Mucho mejor	1(4)	1(2)	6(10)	
Calidad Comunicación enfª. (12)	Mucho peor	2(50)	1(20)	0	-
	Peor	2(50)	2(40)	1(33)	
	Como esperaba	0	2(40)	0	
	Mejor	0	0	1(33)	
	Mucho mejor	0	0	1(33)	
Cantidad Información Clínica	Mucho peor	21(84)	14(23)	7(12)	$p<0,001$
	Peor	3(12)	35(58)	14(23)	
	Como esperaba	0	10(17)	21(35)	
	Mejor	1(4)	1(2)	8(13)	
	Mucho mejor	0	0	10(17)	
Tiempo espera 1ª Atención	Mucho peor	7(28)	12(20)	1(2)	$p<0,014$
	Peor	1(4)	6(10)	4(7)	
	Como esperaba	10(44)	17(28)	19(32)	
	Mejor	3(12)	13(22)	20(33)	
	Mucho mejor	3(12)	12(20)	16(26)	
Tiempo espera total	Mucho peor	20(80)	20(33)	3(5)	$p<0,001$
	Peor	3(12)	18(30)	8(13)	
	Como esperaba	1(4)	19(32)	32(53)	
	Mejor	1(4)	0	10(17)	
	Mucho mejor	0	3(5)	7(12)	
Satisfacción Global	Mucho peor	12(48)	4(7)	1(2)	$p<0,001$
	Peor	6(24)	10(17)	3(5)	
	Como esperaba	7(28)	32(53)	23(38)	
	Mejor	0	13(21)	19(32)	
	Mucho mejor	0	1(2)	14(23)	

En general podemos observar en las **Tablas 5.1 y 5.2**, que el grado en que las expectativas de los usuarios no se ven cubiertas, se cubren o se superan, condiciona su intención de no volver y no recomendar “nunca” el SUH, de “tener dudas” al respecto o de “no dudarlo” en absoluto.

De la dimensión *Informe del Usuario*, tal y como mostramos en la **Tabla 6.1**, la información acerca de “Dónde esperar” muestra relación significativa con la intención de volver a utilizar el Servicio de Urgencias del HCSC ($p=0,007$); hay que señalar también que aquellas personas que no han recibido información sobre las “Pruebas que se practicaban al paciente” (65%), las que no han

podido “Acompañarle o Verle” (47%) y las que no han recibido “Información en el momento del alta” (76%) presentan diferencias porcentuales estadísticamente significativas en el sentido de que *“nunca regresarían”* a este SUH en caso de poder elegirlo ($p=0,05$). Sin embargo el hecho de haber recibido información por parte del médico en relación con las “Pruebas que se realizaban al paciente” (69%) y con las “Recomendaciones en el momento del alta” (54%) tiene diferencias porcentuales significativas a favor de que regresarían *“sin dudarlo”* al Servicio de Urgencias del HCSC ($p=0,05$).

Tabla 6.1.- Asociación Informe del Usuario (I) Vs. Criterios de Referencia (I)

<p><i>p global</i> <i>p 2 a 2</i></p> <p>N= 145</p>		VOLVERÍA AL SUH			
		Nunca n (%)	Tengo Dudas n (%)	Sin Dudar n (%)	Sig. (p)
Dónde esperar	Si	14(82)	49(91)	66(89)	<i>p=0,007</i>
	No	3(18)	5(9)	8(11)	
Funcionamiento SUH	Sí	4(22)	17(31)	35 (47)	-
	No	13(78)	37(69)	39(53)	
Pruebas al paciente	Si	6(35)	26(48)	51(69)	<i>p=0,05</i>
	No	11(65)	28(52)	23(31)	
Tiempo hasta resultados	Si	2(18)	12(22)	30(41)	-
	No	14(82)	42(78)	44(59)	
Acompañar al paciente	Si	9(53)	41(76)	62(84)	<i>p=0,05</i>
	No	8(47)	13(24)	12(16)	
Información al alta	Sí	4(24)	24(44)	40(54)	<i>p=0,05</i>
	No	13(76)	30(56)	34(46)	
Nombre del médico	Si	2(12)	6(11)	8(11)	-
	No	15(88)	48(89)	66(89)	
Nombre profesional enfermería	Si	0	1(2)	4(5)	-
	No	17(100)	53(98)	70(95)	

De esta forma la intención de regresar o no al Servicio de Urgencias del HCSC está condicionada por el hecho de haber recibido o no información acerca de

“Dónde esperar”, de las “Pruebas que se practicaban al paciente”, “Recomendaciones en el momento del alta” y el haber tenido o no la posibilidad de “Acompañar al paciente”.

En cuanto a la intención de recomendar el SUH (**Tabla 6.2**), son la información sobre las “Pruebas que se realizan al paciente” ($p=0,003$), y sobre el “Tiempo previsible para tener resultados” ($p=0,037$) los ítems que muestran un adecuado nivel de significación estadística; el hecho de haber tenido la posibilidad de “Ver y acompañar al paciente” (83%), también tiene en nuestro estudio diferencias porcentuales significativas para manifestar que recomendarían “*sin dudar*” este SUH a otras personas frente a las que no habiendo podido hacerlo (44%) no lo recomendarían “*nunca*” ($p=0,05$).

Tabla 6.2.- Asociación Informe del Usuario (I) Vs. Criterios de Referencia (II)

<p><i>p global</i> <i>p 2 a 2</i></p> <p>N= 145</p>		RECOMENDARÍA EL SUH			
		Nunca n (%)	Tengo Dudas n (%)	Sin Dudar n (%)	Sig. (p)
Dónde esperar	Si	21(84)	55(92)	53(88)	-
	No	4(16)	5(8)	7(12)	
Funcionamiento SUH	Si	8(32)	18(30)	30 (50)	-
	No	17(68)	42(70)	30(50)	
Pruebas al paciente	Si	7(28)	31(52)	45(75)	<i>p=0,003</i>
	No	18(72)	29(48)	15(25)	
Tiempo hasta resultados	Si	5(20)	12(20)	28(47)	<i>p=0,037</i>
	No	20(80)	48(80)	32(53)	
Acompañar al paciente	Si	14(56)	48(80)	50(83)	<i>p=0,05</i>
	No	11(44)	12(20)	10(17)	
Información al alta	Si	9(36)	25(42)	34(57)	-
	No	16(64)	35(58)	26(43)	
Nombre del médico	Si	3(12)	7(12)	6(10)	-
	No	22(88)	53(88)	54(90)	
Nombre profesional enfermería	Si	0	1(2)	4(7)	-
	No	25(100)	59(98)	56(93)	

Así, los ítems que condicionan la intención de recomendar o no este SUH son el haber recibido o no información sobre el “Tiempo aproximado que transcurriría hasta tener resultados”, sobre las “Pruebas que se estaban realizando” y el poder “Ver y acompañar al paciente”.

De las variables cuantitativas, en la **Tabla 7.1** vemos que la intención de volver a utilizar el Servicio de Urgencias del HCSC está relacionada de forma significativa con el “Tiempo de espera percibido” por los usuarios de la muestra ($p<0,001$) y por la “Cantidad de veces que perciben haber recibido información clínica” sobre la evolución del paciente ($p=0,001$). El “Tiempo de espera real” registrado por los profesionales implicados en el estudio también muestra un nivel alto de significación ($p=0,001$) respecto a la intención de volver al SUH.

Tabla 7.1.- Relación Informe del Usuario (II) Vs. Criterios de Referencia (I)

N= 145	VOLVERÍA AL SUH				Sig. (p)
	Nunca \bar{X} (DE)	Tengo Dudas \bar{X} (DE)	Sin Dudas \bar{X} (DE)	Total \bar{X} (DE)	
Tiempo espera real	6:08 (1:59)	5:02 (1:26)	4:32 (1:36)	4:55 (1:40)	$p<0,001$
Tiempo espera percibido	7:04 (2:30)	5:44 (1:49)	5:03 (1:51)	5:32 (2)	$p=0,001$
Información clínica percibida	0 (1)	1 (1)	2 (1)	2 (1)	$p=0,001$

Como mostramos en la **Tabla 7.2**, la intención de recomendar este SUH a otras personas muestra relación significativa con los mismos factores: el “Tiempo de espera percibido” ($p=0,003$), la “Cantidad de información clínica percibida” ($p=0,001$) y el “Tiempo de espera real” ($p=0,013$).

Tabla 7.2.- Relación Informe del Usuario (II) Vs. Criterios de Referencia (II)

N= 145	RECOMENDARÍA EL SUH				Sig. (p)
	Nunca X̄(DE)	Tengo Dudas X̄(DE)	Sin Dudar X̄(DE)	Total X̄(DE)	
Tiempo espera real	5 :39 (1:54)	5 (1:27)	4:30 (1:39)	4:55 (1:40)	p=0,013
Tiempo espera percibido	6:36 (2:21)	5:38 (1:46)	4:59 (1:56)	5:32 (2)	p=0,003
Información clínica percibida	1 (1)	2 (1)	2 (1)	2 (1)	p=0,001

La percepción de los usuarios en cuanto al “Tiempo de espera” y a la “Cantidad de información recibida” son, en nuestro estudio, los indicadores que condicionarían claramente la decisión de regresar y recomendar el SUH “sin dudarlo” o de no hacerlo “nunca”.

La **Figura 18** muestra que algo más de la mitad de nuestra población, el 52,4%, expresa algún tipo de *comentarios o sugerencias*, siendo importante destacar que el 8,1% se refieren a agradecimientos y felicitaciones al SUH en general, y más importante resaltar que otro 8,1% agradece y felicita explícitamente a los informadores que habitualmente están en el SUH aunque, como ellos mismos señalan, no deben ni pueden sustituir la información clínica sobre la evolución del paciente.

Los comentarios más reiterados se reflejan en la **Figura 19**, destacando la ausencia de información clínica manifestada por el 54,7% de la muestra, el excesivo tiempo de espera para el 34,7% o el excesivo tiempo que transcurre entre una y otra información relativa al paciente para el 26,7% de ellos. Entendemos necesario hacer una mención especial para el 48,8% de los familiares y acompañantes que manifiestan que volverían al Servicio de

Urgencias del HCSC por su calidad científica y su cercanía física, no por su satisfacción con la atención recibida; en este sentido incluso llegan a aclarar en algunos casos que no querrían ser derivados a otros hospitales como el Hospital Doce de Octubre por su lejanía.



Figura 18.- Sugerencias y Comentarios

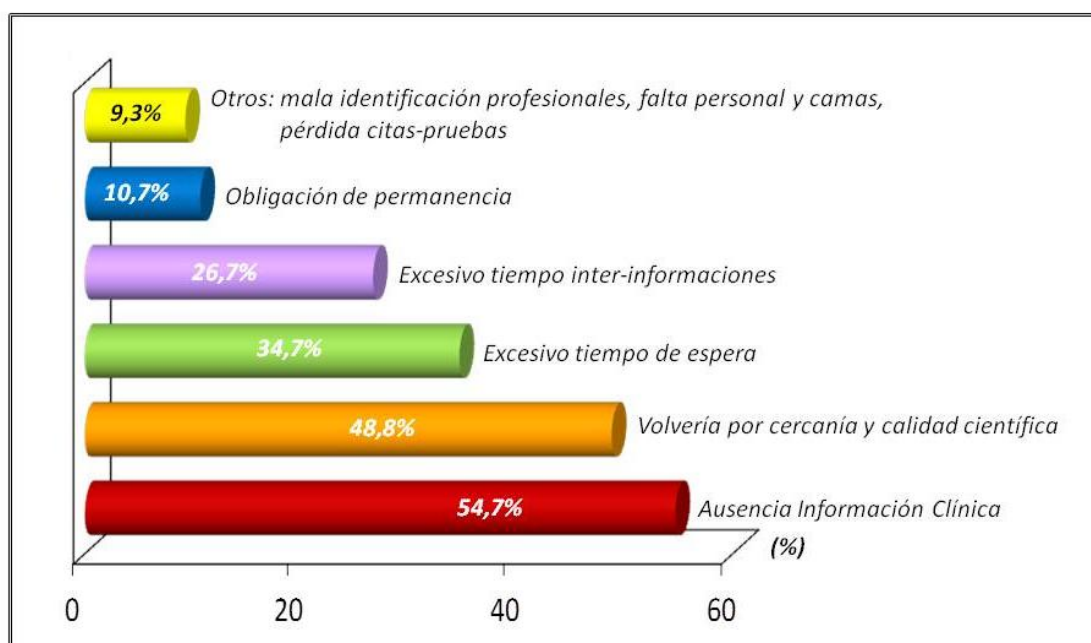


Figura 19.- Comentarios realizados

Analizamos la principales sugerencias realizadas, centrando nuestra atención prioritariamente en aquellas más directamente relacionadas con el objeto de nuestro estudio, y expresamente recogidas en la **Figura 20** que analizamos a continuación; más de la mitad de la población que realiza algún tipo de sugerencia, el 52%, se refiere a la necesidad de contar con más información sobre la evolución clínica del paciente y a que esta se brinde con mayor frecuencia.

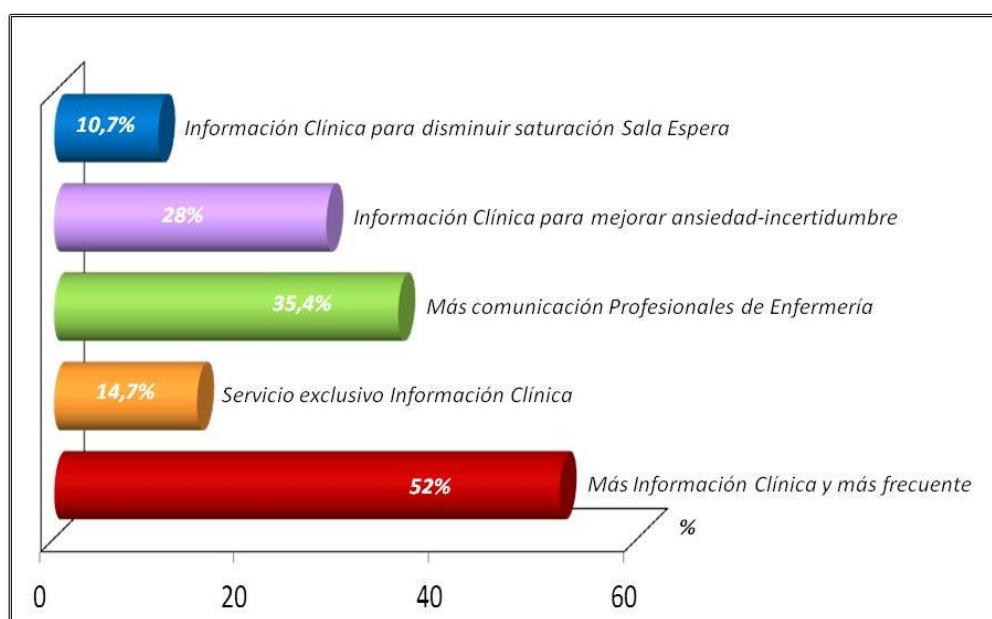


Figura 20.- Sugerencias realizadas (I)

El 14,7% de las sugerencias aluden a la idoneidad de que existiera un servicio exclusivo para prestar esta información; se trató de algo excepcional en esta F_0 del estudio, toda vez que ni los responsables del mismo ni los profesionales implicados tuvimos contacto alguno con la población, y los Informadores únicamente se relacionaron con ellos en el momento de administrar el cuestionario, encuentro en el que, evidentemente y por razones obvias, no se

comentaba con ellos la segunda fase del estudio. Por todo ello fue un dato que nos satisfizo especialmente.

En la misma línea, el 28% y el 10,7% manifestó que la información sobre la evolución del paciente constituía el mejor tratamiento para disminuir su angustia y su ansiedad, así como para permitirles tomar la decisión de ausentarse y atender sus asuntos con la tranquilidad de conocer la situación y el pronóstico del paciente lo que, a su vez, descongestionaría la Sala de Espera del SUH.

Otro dato especialmente interesante para nosotros, por la naturaleza del estudio y por nuestra labor docente en la Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense, lo constituyó el hecho de que el 35,4% de la población aludiera, de una u otra forma, a la ausencia de los Profesionales de Enfermería con los que únicamente tuvo contacto el 9,6% de la muestra (14 usuarios) y con los que sugieren una mayor relación. Este hecho parece que confirma la tradicional accesibilidad y cercanía que la población concede al Profesional de Enfermería en el Sistema Sanitario, aunque no es así tradicionalmente en los SUH.

El resto de sugerencias, que hemos plasmado en la **Figura 21**, aluden a aspectos que también ayudan a humanizar la atención a los familiares y acompañantes desde el punto de vista de los protagonistas: evitar la megafonía para requerir la presencia de los mismos en el mostrador de información, la humanización del trato, la posibilidad de acompañamiento al paciente, el hecho de que reconocen que “se cuelan” dentro de las diferentes unidades para obtener información del médico y ver a su familiar o la comodidad y el

mantenimiento de las instalaciones en las que se desarrolla la espera, son las más frecuentes.

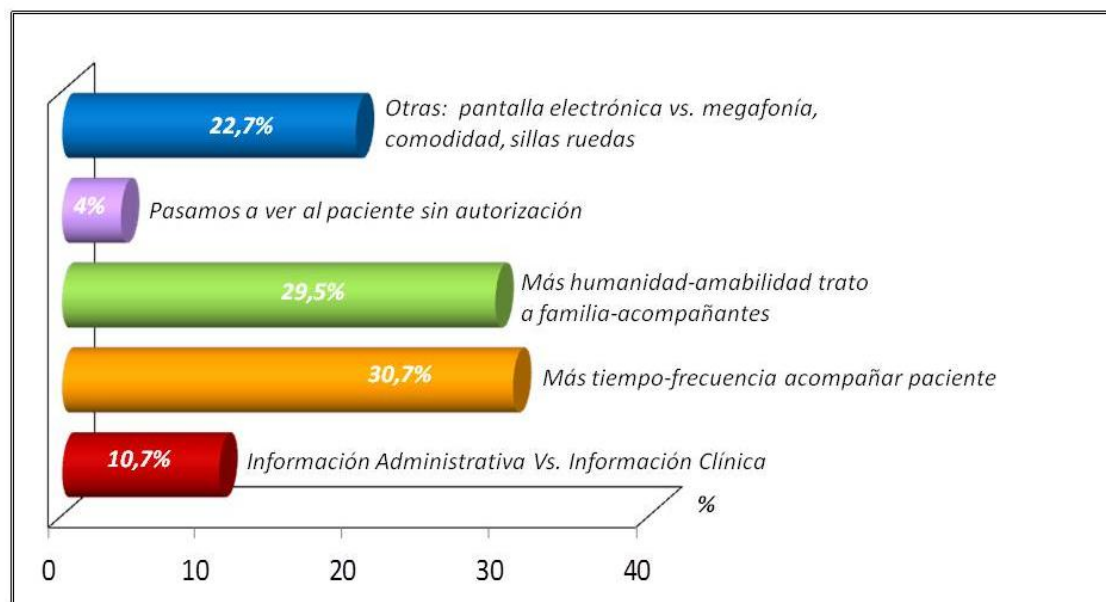


Figura 21.- Sugerencias realizadas (II)

Hemos analizado también los incidentes violentos acontecidos durante F_0 de nuestro estudio, como plasmamos en las **Figuras 22 y 23**.

Como mostramos en la **Figura 22**, se produjeron a lo largo de este período un total de 15 eventos violentos en las dependencias del SUH, 10 de los cuales se registraron durante el turno de tarde. La causa principal de la agresión fue la falta de información en 6 de los casos, seguida del tiempo de espera en 5 casos (73,3% del total), y el evento violento más frecuente fueron los insultos al personal hasta en 12 ocasiones, a veces simultaneado con las amenazas, en 9 ocasiones, e incluso con la agresión física, en 4 eventos.

En la **Figura 23** observamos que en 12 de los casos, el agresor fue el familiar o acompañante del paciente, y en los 3 restantes el agresor fue el propio

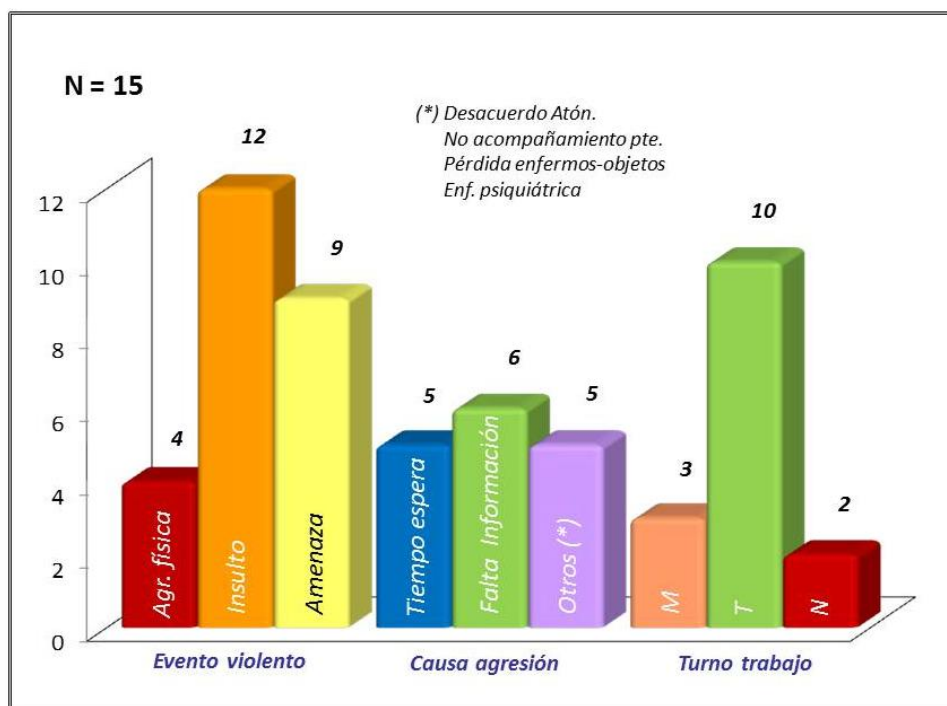


Figura 22.- Eventos Violentos (I)

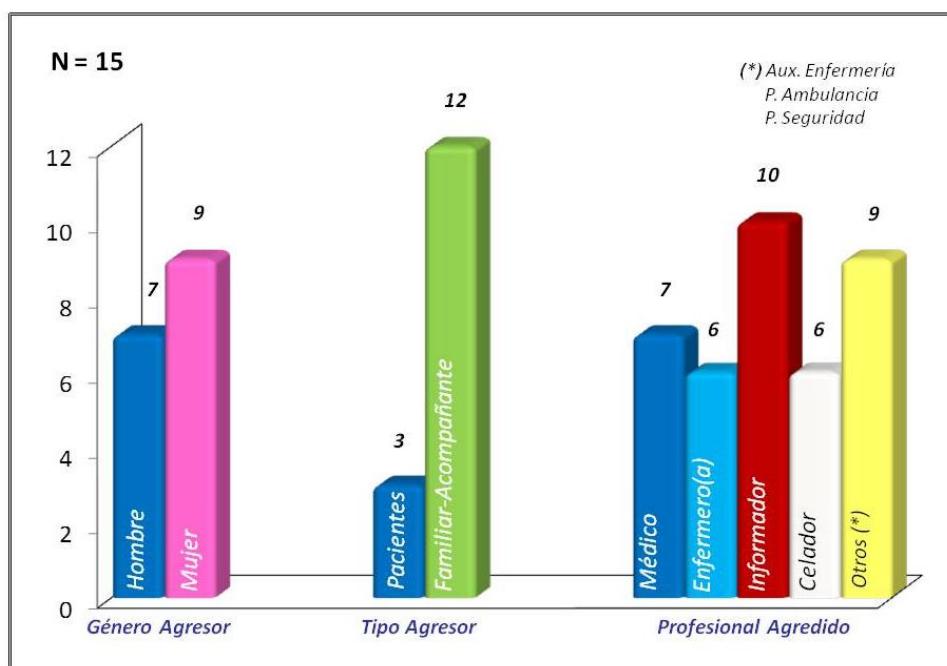


Figura 23.- Eventos Violentos (II)

paciente, siendo mayoritariamente mujeres (en 9 ocasiones) las agresoras. En cuanto al personal objeto de agresión destacan los informadores en 10 ocasiones, seguidos de los médicos (7 veces agredidos), los profesionales de enfermería y los celadores (agredidos cada uno en 6 ocasiones), y por último, los auxiliares de enfermería, el personal de ambulancia y de seguridad.

Para finalizar esta exposición descriptiva de los resultados haremos referencia a las reclamaciones interpuestas en el Servicio de Atención al Usuario, por los usuarios del Servicio de Urgencias del HCSC durante este periodo de estudio, F_0 .

Como mostramos en la **Figura 24** fueron presentadas un total de 22 reclamaciones; el 77,3% por cuestiones relacionadas con el objeto de nuestro estudio: falta de información, descontento con el trato recibido y demora percibida en la atención sanitaria durante la permanencia en el SUH⁽¹⁰⁹⁾.

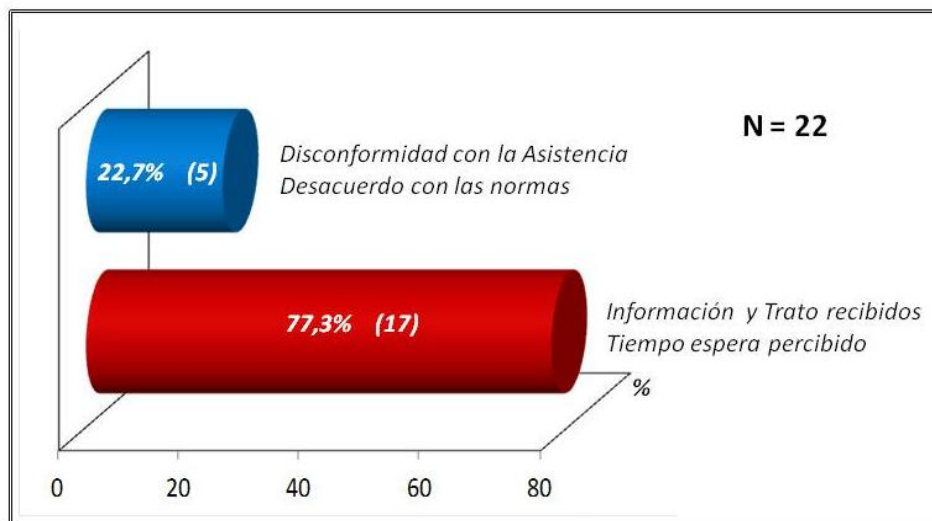


Figura 24.- Reclamaciones Interpuestas

Realizado el análisis descriptivo de los resultados, analizada la asociación que existe entre las diferentes dimensiones del cuestionario, de acuerdo con el diseño del estudio y buscando la excelencia en la calidad asistencial brindada a los familiares y los acompañantes del paciente, quisimos aumentar nuestro grado de exigencia al analizar la *Calidad Asistencial Percibida* con el fin de mantener ese reto de exigencia en nuestro horizonte, durante F_1 .

Para ello hemos construido una escala con la que clasificar a nuestra población diana en 4 grados de satisfacción, prescindiendo del estadio neutral (“como esperaba”), de acuerdo con la dimensión *Calidad Asistencial Percibida* manifestada en esta F_0 del estudio. La escala de satisfacción resultante nos pareció adecuada tanto por su *consistencia interna*, comprobada mediante el Alfa de Cronbach con un valor de 0.93 lo que pone de manifiesto su alta fiabilidad (tanto mejor cuanto más se acerca este estadístico al valor 1), como por su *validez*, contrastada mediante el Índice de Kappa con un valor de 0.91 (considerado como excelente a partir de 0.80) en cuanto al error o sesgo sistemático que podemos cometer al clasificar a la población en cuanto a su grado de satisfacción. Señalaremos también por último el valor de los percentiles: $P_{25}=2.6$; $P_{75}=3.6$ y la mediana=3.1.

De esta forma, hemos adoptado para el estudio la siguiente escala para clasificar el **Grado de Satisfacción** de la población diana, a partir de la satisfacción de sus expectativas manifestada mediante la dimensión *Calidad Asistencial Percibida* del cuestionario aplicado:

- **Muy Insatisfechos** < 2.10
- **Insatisfechos** 2.10 – 3.10
- **Satisfechos** 3.11 – 4.20
- **Muy Satisfechos** > 4.20

La **Tabla 8** muestra la clasificación final de la muestra según el **Grado de Satisfacción** con la *Calidad Asistencial Percibida*, de forma que el 15,2% se encuentra “*muy insatisfecho*”, el 36,6% “*insatisfecho*”, el 38,6% quedó clasificada como “*satisfecho*” y solo el 9,6% como “*muy satisfecho*”.

Tabla 8.- Escala del Grado de Satisfacción

Alfa de Cronbach = 0.93 Índice de Kappa = 0.91 P ₂₅ = 2.6; P ₇₅ =3.6 Mediana=3.1 N = 145			
	RANGOS	FRECUENCIA RELATIVA(%)	\bar{X} (DE)
MUY INSATISFECHOS	< 2.10	15,2	1.56 (0.33)
INSATISFECHOS	2.10 – 3.10	36,6	2.76 (0.24)
SATISFECHOS	3.11 – 4.20	38,6	3.51 (0.28)
MUY SATISFECHOS	> 4.20	9,6	4.53 (0.22)
TOTAL	1 - 5	100	2.42 (0.86)

En la misma tabla mostramos la puntuación media obtenida en cada gradiente de satisfacción, así como la puntuación media total que de 3.04(0.85) (**Tabla 2**) desciende, con el nuevo estándar de medida, a 2.42(0.86).

Así podemos afirmar que, en nuestro estudio y según señalamos en la **Figura 25**, un 48,2% de los usuarios están “satisfechos” (“*satisfechos*” y “*muy satisfechos*”) con la calidad asistencial recibida que perciben, y un 51,8% están “insatisfechos” (“*insatisfechos*” y “*muy insatisfechos*”) con la misma.

En definitiva, y como hemos mencionado anteriormente, hemos pretendido aumentar nuestro nivel de exigencia para conseguir estándares de excelencia en la atención a los familiares y acompañantes de los pacientes en nuestro estudio, cuando en F_1 pusiéramos en marcha la *Unidad de Atención e*

Información a la Familia y los Acompañantes de los pacientes en el Servicio de Urgencias del HCSC.

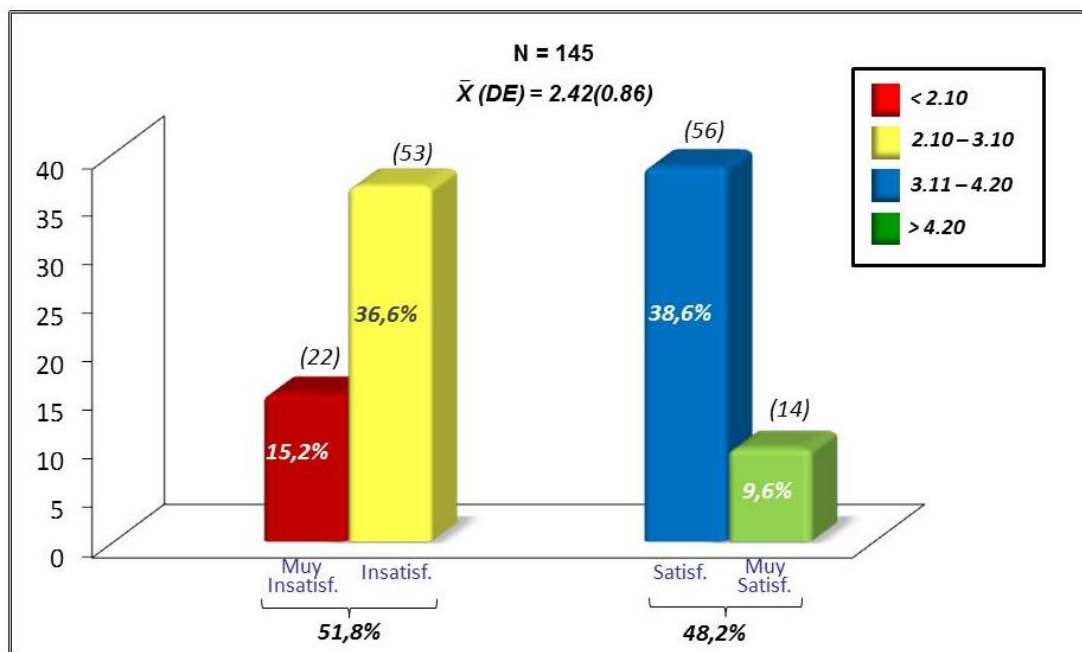


Figura 25.- Grado de Satisfacción de Familiares y Acompañantes

Por ello hemos procedido a verificar la asociación existente entre las diferentes dimensiones del cuestionario y el **Grado de Satisfacción** de la población estudiada, de acuerdo a la escala de satisfacción que hemos construido.

De los factores socio-demográficos analizados en esta fase, como refleja la **Tabla 9**, hemos encontrado que ni la edad ni el género de los acompañantes muestran relación con el **Grado de Satisfacción** en la muestra analizada.

Sí observamos una tendencia a la insatisfacción mayor entre los familiares que entre los acompañantes de los pacientes, aunque no podemos establecer un grado de significación estadística potente ($p=0,26$), probablemente debido al

reducido porcentaje de estos últimos que constituyen el 2,8% de la muestra. En la misma línea las personas con menor nivel de formación se muestran más insatisfechas que las más formadas, pero tampoco en este caso encontramos una relación significativa ($p=0,52$), aunque sí hemos observado diferencias porcentuales estadísticamente significativas en el sentido de que tener estudios primarios se asocia con estar “insatisfecho” frente a “satisfecho” ($p=0,05$).

Tabla 9.- Grado de Satisfacción Vs. Variables Socio-Demográficas

<p><i>p global</i> <i>p 2 a 2</i></p> <p>N= 145</p>		Satisfacción	Insatisfacción
Edad Familiar/Acompañante	-	-	-
Género Familiar/Acompañante	-	-	-
Relac. Familiar	-	-	$p=0,26$
Relac. Acompañante	-		-
Mayor Formación	-	-	-
Menor Formación	-		$p=0,52$ <i>$p=0,05$</i>

La dimensión *Calidad Asistencial Percibida* con los 12 ítems que la componen, sí muestra en nuestro estudio una asociación estadística potente con el **Grado de Satisfacción (Tabla 10)**, algo lógico por otro lado, ya que con los resultados de esta dimensión hemos elaborado nuestra escala de satisfacción. Así, todos los ítems analizados presentan una significación estadística manifestada por $p<0,001$ a excepción de la “Información brindada por los profesionales de enfermería” ($p=0,034$) y la “Calidad de la comunicación” con estos profesionales ($p=0,043$), a pesar del escaso porcentaje de sujetos que tuvieron relación con ellos.

Tabla 10.- Grado de Satisfacción y Calidad Asistencial Percibida

χ^2 p< 0,001 χ^2 p= 0,034 χ^2 p= 0,043 N = 145	MUY INSATISFECHO (<2.10) \bar{X} (DE)	INSATISFECHO (2.10-3.10) \bar{X} (DE)	SATISFECHO (3.11-4.20) \bar{X} (DE)	MUY SATISFECHO (>4.20) \bar{X} (DE)
Confianza-Seguridad χ^2	1.91 (0.92)	3.28 (0.66)	3.98 (0.80)	4.64 (0.63)
Preparación-Capacitación χ^2	2.05 (0.95)	3.43 (0.69)	3.91 (0.72)	4.93 (0.27)
Amabilidad trato χ^2	2 (0.82)	3.64 (0.83)	4.25 (0.90)	4.93 (0.27)
Interés Familia/Acompañantes χ^2	1.27 (0.63)	2.77 (0.91)	3.52 (1.01)	4.86 (0.36)
Trato personalizado χ^2	1.36 (0.58)	2.74 (0.86)	3.38 (1.09)	4.79 (0.43)
Información enfermería (14) χ^2	1.40 (0.55)	1.75 (0.50)	3.33 (0.58)	4 (1.41)
Información médica χ^2	1.27 (0.55)	2.17 (0.85)	3.34 (0.72)	4.21 (0.80)
Calidad Comunic. enf ^a (12) χ^2	1.33 (0.58)	1.80 (0.45)	3.33 (0.58)	5 (0)
Cantidad Información Clínica χ^2	1 (0)	1.96 (0.73)	2.63 (1.07)	4 (0.96)
Tiempo espera 1ª Atención χ^2	2.38 (1.32)	2.94 (1.29)	3.75 (0.94)	4.50 (0.85)
Tiempo espera total χ^2	1.23 (0.53)	2.04 (1.02)	2.82 (0.92)	4.14 (0.77)
Satisfacción Global χ^2	1.32 (0.57)	2.85 (0.57)	3.63 (0.82)	4.36 (0.74)
PUNTUACIÓN TOTAL	1.57 (0.34)	2.77 (0.25)	3.52 (0.28)	4.53 (0.22)

Igualmente en la **Tabla 10** mostramos la puntuación media obtenida en cada uno de los ítems, de acuerdo a la clasificación de la muestra en la escala del **Grado de Satisfacción**.

El *Informe del Usuario* y su relación con el **Grado de Satisfacción** de la población estudiada (**Tabla 11**), también pone de manifiesto una buena significación estadística entre este último y el conocer qué “Pruebas se realizan al paciente” ($p<0,001$) y el hecho de “Poder acompañarle” con más frecuencia ($p=0,003$). Por otro lado, el hecho de no haber recibido información sobre el “Funcionamiento del SUH”, sobre el “Tiempo estimado para obtener resultados” ni “Recomendaciones al alta” presenta, en nuestro estudio, diferencias porcentuales estadísticamente significativas en el sentido de manifestarse “*muy insatisfecho*” ($p=0,05$).

Tabla 11.- Grado de Satisfacción e Informe del Usuario (I)

(p global) (p 2 a 2)	Dónde esperar (%)		Funcionam. SUH (%)		Pruebas paciente (%)		Tiempo resultados (%)		Acompañar paciente (%)		Informac. alta (%)		Nombre médico (%)		Nombre enfermería (%)	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
N = 145																
MUY INSATISFECHO (<2.10) 15,2% (22)	81,8	18,2	10	90	13,6	86,4	13,6	86,4	45,5	54,5	27,3	72,7	9,1	90,9	0	100
INSATISFECHO (2.10-3.10) 36,6% (53)	90,6	9,4	41,5	58,5	58,5	41,5	24,5	5,5	75,5	24,5	37,7	62,3	13,2	86,8	1,9	98,1
SATISFECHO (3.11-4.20) 38,6% (56)	92,9	7,1	43	57	71,4	28,6	39,3	60,7	89,3	10,7	62,5	37,5	10,7	89,3	7,1	92,9
MUY SATISFECHO (>4.20) 9,6% (14)	78,6	21,4	57,1	42,9	64,3	35,7	50	50	85,7	14,3	50	50	7,1	92,9	0	100
	p=0,05		p<0,001		p=0,05		p=0,003		p=0,05							

En cuanto a las variables numéricas de esta dimensión, como podemos observar en la **Tabla 12**, la “Cantidad de información clínica percibida” acerca de la evolución del paciente muestra una relación significativa con el grado de satisfacción ($p<0,001$); igualmente, tanto el “Tiempo de espera percibido” como el “Tiempo de espera real”, registrado por los profesionales participantes en el estudio, presentan un nivel adecuado de significación con el **Grado de Satisfacción** en nuestro estudio ($p=0,006$ y $p=0,012$ respectivamente).

En la **Tabla 13** recogemos la distribución de frecuencias de la población integrante de nuestra muestra, en cuanto a la “Cantidad de información” que dicen haber recibido (“Información clínica percibida”) y su **Grado de Satisfacción** de acuerdo a este hecho, mostrando ambos parámetros un

adecuado grado de significación estadística ($p < 0,001$), como ya hemos mencionado.

Tabla 12.- Grado de Satisfacción e Informe del Usuario (II)

N = 145	Tiempo de espera percibido \bar{X} (DE)	Tiempo de espera real \bar{X} (DE)	Infomación Clínica percibida \bar{X} (DE)
MUY INSATISFECHO (<2.10) 15,2% (22)	6:51 (2:43)	5:55 (2:11)	0 (1)
INSATISFECHO (2.10-3.10) 36,6% (53)	5:32 (1:38)	4:56 (1:24)	1 (1)
SATISFECHO (3.11-4.20) 38,6% (56)	5:07 (1:47)	4:34 (1:26)	2 (1)
MUY SATISFECHO (>4.20) 9,6% (14)	5:12 (2:16)	4:41 (2)	3 (1)
	$p = 0,006$	$p = 0,012$	$p < 0,001$

Tabla 13.- Grado de Satisfacción e Informe del Usuario (III)

N = 145	MUY INSATISFECHO (<2.10)	INSATISFECHO (2.10 - 3.10)	SATISFECHO (3.11 - 4.20)	MUY SATISFECHO (>4.20)
INFORMACIÓN PERCIBIDA				
- Ninguna vez	12	9	4	-
- 1 información	8	22	18	2
- 2 Informaciones	2	12	22	7
- 3 Informaciones	-	9	10	2
- 4 Informaciones	-	1	1	2
- 5 Informaciones	-	-	1	-
- 6 Informaciones	-	-	-	1
TOTAL	22 (15,2%)	53 (36,6%)	56 (38,6%)	14 (9,6%)

Los *Criterios de Referencia* muestran en el mismo sentido, que existe una buena asociación estadística entre el **Grado de Satisfacción** y la intención del “Volver a utilizar el SUH” ($p < 0,001$) (**Figura 26**) y entre este, y la intención de “Recomendar este SUH” ($p < 0,001$) (**Figura 27**).

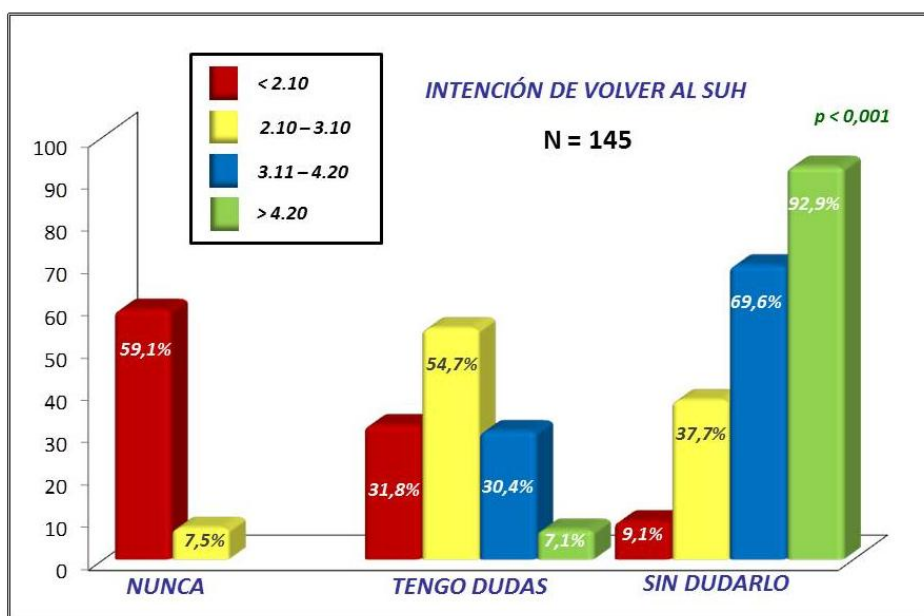


Figura 26.- Grado de Satisfacción y Criterios de Referencia (I)

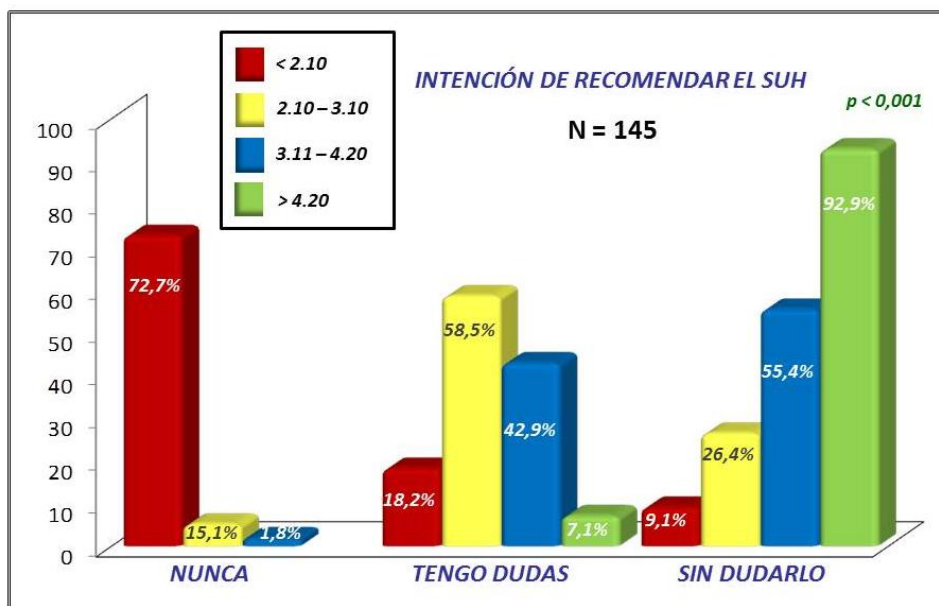


Figura 27.- Grado de Satisfacción y Criterios de Referencia (II)

Fase de intervención (F_1): de medición y análisis del grado de satisfacción con la puesta en marcha de la Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes

Esta segunda fase, con una duración también de 3 semanas, se desarrolló en el período comprendido entre el 15 de Noviembre y el 5 de Diciembre del año 2010; la primera semana (del 15 al 21 de Noviembre) se cumplimentaron los cuestionarios correspondientes al turno de mañana, durante la segunda semana (del 22 al 28 de Noviembre) los correspondientes al turno de tarde y, la última semana (del 29 de Noviembre al 5 de Diciembre) los cuestionarios del turno de noche. Como en F_0 , los cuestionarios se distribuyeron en los diferentes turnos, siguiendo el patrón de la demanda producida en el SUH durante el mismo período en el año previo⁽¹⁰²⁾, correspondiendo en este caso el 17,9% (26 cuestionarios) al turno de mañana, el 42,8% (62 cuestionarios) al de tarde y el 39,3% (57 cuestionarios) al turno de noche, como se representa en la **Figura 28**.

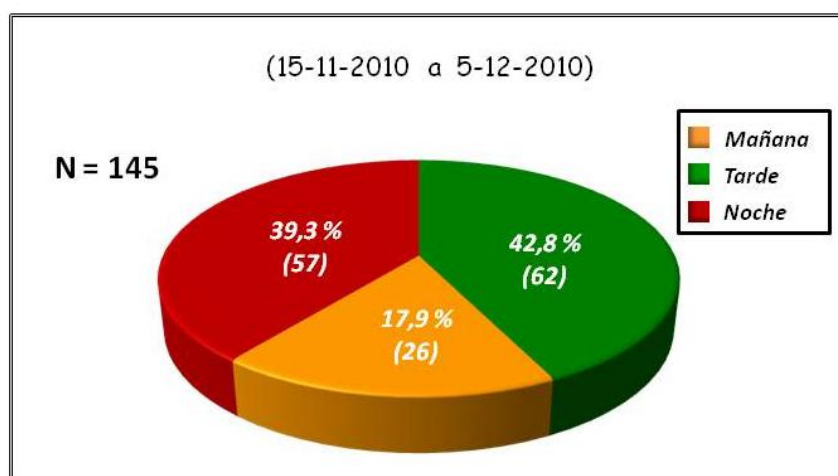


Figura 28.- Distribución de la muestra por turno de ingreso

De nuevo en F_1 , el alta del paciente del SUH fue la razón principal que motivó la administración del cuestionario en el 51% de los casos, (74 cuestionarios),

seguida de la ausencia de los familiares y acompañantes prevista por un período de tiempo prolongado en un 31% (45 cuestionarios), porcentaje notablemente más alto que en la fase anterior y, por último, la finalización del turno de trabajo correspondiente en el 18% de los casos (26 cuestionarios), porcentaje que ha disminuido respecto a F_0 a expensas del mayor número de familiares y acompañantes que, conocedores de la situación del paciente, decidieron no permanecer en el SUH de forma continua y mantenida (**Figura 29**).

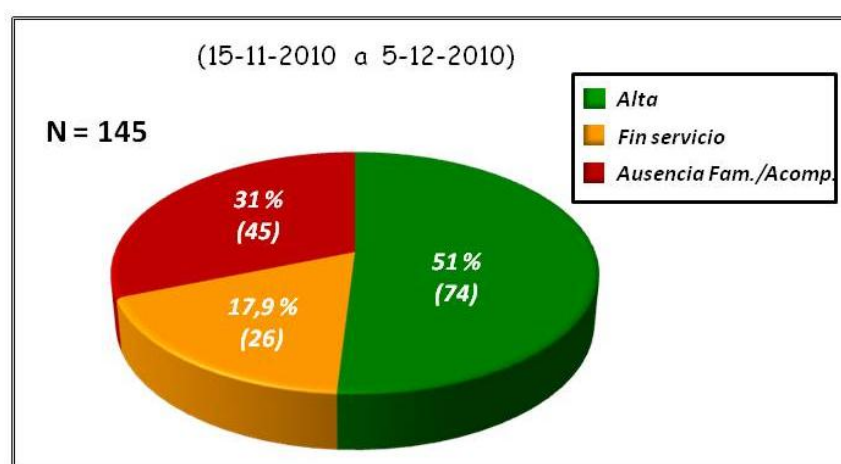


Figura 29.- Motivos para administrar el cuestionario

En esta fase todos los cuestionarios cumplimentados fueron válidos, no siendo necesario desestimar ninguno de ellos. Entendemos que el entrenamiento en la administración y cumplimentación del cuestionario, debido tanto a que ya habíamos completado varias fases del Programa de Formación (**ANEXO IV**) como al entrenamiento que supuso al respecto F_0 , así como el seguimiento continuo de los familiares y acompañantes que realizaron los Profesionales de Enfermería en esta F_1 resultaron decisivos en la mejora cualitativa de la recogida de información.

Así, fueron cumplimentados por los familiares y acompañantes de los pacientes un total de 145 cuestionarios autoadministrados, con el mismo método y en las mismas condiciones, de disposición continua de un Informador siempre que fue necesario, que hemos descrito en F_0 .

La distribución de los pacientes por género ha sido idéntica en ambas fases; de nuevo los pacientes que necesitaron atención urgente durante F_1 fueron hombres en el 52,4% de los casos y el resto, el 47,6%, fueron mujeres. En cuanto al género de las personas que acompañaban al paciente, fueron de nuevo en su mayoría mujeres, hasta el 70,3% de la muestra, y solo el 29,7% fueron hombres como plasmamos en la **Figura 30**.

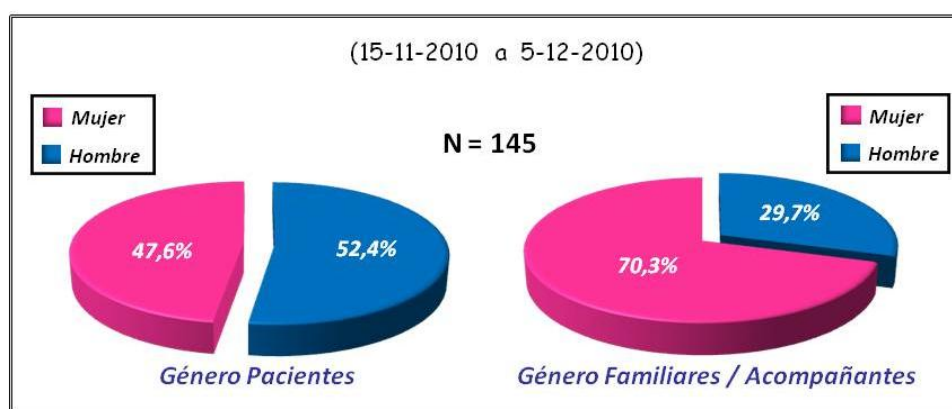


Figura 30.- Características Socio-Demográficas de la muestra: Género

La **Figura 31** muestra que la relación que les unía con el paciente en esta fase, fue de parentesco en el 94,5% de los casos y el 5,5% de la muestra lo han constituido personas de su entorno social próximo. De nuevo la unidad familiar y concretamente la figura de la mujer, aparecen en nuestro estudio como referentes en los procesos que afectan a la salud en nuestra sociedad.

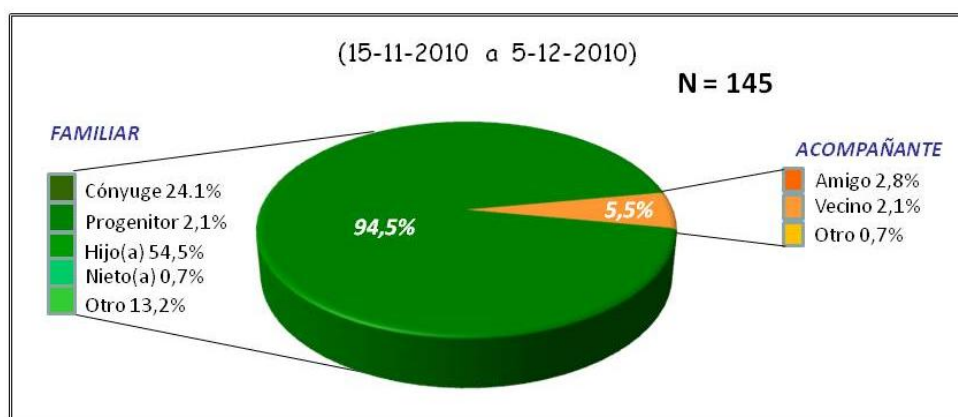


Figura 31.- Características Socio-Demográficas de la muestra: Tipo de relación

En la **Tabla 14** podemos observar como en esta fase del estudio, de nuevo, la edad media de los pacientes que ingresaron en el SUH fue elevada, de 74(16) años con un rango comprendido entre los 27-100 años, $P_{25}=69$ y $P_{75}=84$; los familiares y acompañantes presentaron una edad media de 55(15) años con un rango de 23-83 años, siendo $P_{25}= 43$ y $P_{75}= 67$.

Tabla 14.- Características Socio-Demográficas de la muestra: Edad

N= 145	$\bar{X}(DE)$	Min.	Máx.	P25	P75	P50
Edad Pacientes	74(16)	27	100	68	84	79
Edad Familiar / Acompañante	55(15)	23	83	43	67	54

El nivel de formación de los familiares y acompañantes, que reflejamos en la **Figura 32**, se distribuye en esta fase, en tan sólo un 1,4% de personas que manifiestan no tener ningún tipo de estudios, un 34,5% estudios primarios, un 40% con estudios de bachiller o formación profesional y un 24,1% que manifiestan ser titulados universitarios.

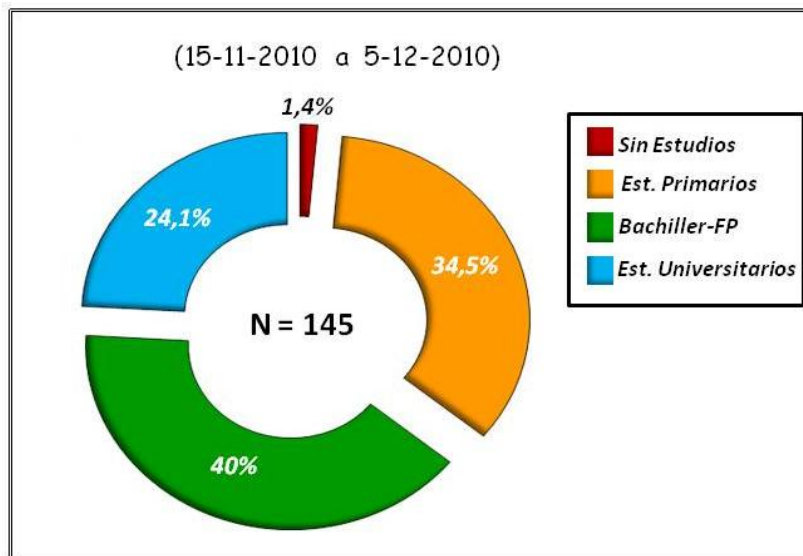


Figura 32.- Características Socio-Demográficas de la muestra: Nivel de estudios

En relación con los resultados obtenidos mediante el cuestionario, en F_1 los 12 ítems que constituyen la dimensión de la *Calidad Asistencial Percibida*, a diferencia de la fase anterior, han sido cumplimentados por el 100% de la muestra dado que todos ellos, por estar incluidos en el estudio han tenido la experiencia de la intervención consistente, como ya hemos explicado, en la puesta en marcha de la *Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes* que acudían con el paciente al Servicio de Urgencias del HCSC, objeto de evaluación en nuestro estudio.

En esta fase, como recogemos en la **Tabla 15**, los 12 ítems correspondientes a la dimensión *Calidad Asistencial Percibida* obtienen una puntuación media de 4.57(0.43) sobre 5, puntuación que es notablemente más alta que en F_0 que fue de 3.04(0.85) (**Tabla 2**).

Tabla 15.- Calidad Asistencial Percibida

N = 145	\bar{X} (DE)	MUCHO PEOR (%)	PEOR (%)	COMO ESPERABA (%)	MEJOR (%)	MUCHO MEJOR (%)
Confianza-Seguridad	4.68 (0.58)	-	-	6,2	19,3	74,5
Preparación-Capacitación	4.57 (0.70)	-	-	12,4	18,6	69
Amabilidad trato	4.90 (0.34)	-	-	1,4	6,9	91,7
Interés Familia/Acompañantes	4.80 (0.46)	-	-	2,7	14,5	88,2
Trato personalizado	4.83 (0.39)	-	-	0,7	15,9	83,4
Información enfermería	4.74 (0.57)	0,7	0,7	0,7	19,3	78,6
Información médica	4.15 (1.12)	5,5	2,8	14,5	25,5	51,7
Calidad Comunic. Enfª	4.68 (0.62)	0,7	0,7	2	22,8	73,8
Cantidad Información Clínica	4.69 (0.65)	0,7	-	6,2	15,9	77,2
Tiempo espera 1ª Atención	4.37 (0.92)	1,4	3,4	12,4	22,8	60
Tiempo espera total	3.80 (1.06)	4,8	2,9	31	30,3	31
Satisfacción Global	4.62 (0.63)	-	1,4	4,1	25,5	69
PUNTUACIÓN TOTAL	4.57 (0.43)					

De hecho es muy significativo que las valoraciones más negativas (*“mucho peor de lo que esperaba”* y *“peor de lo que esperaba”*) no hayan sido consideradas por la muestra en muchos de los ítems de esta dimensión, y en aquellos en que sí lo han hecho el porcentaje ha sido muy reducido, incluso de una sola persona (0,7%) (**Tabla 2 Vs. Tabla 15**).

A diferencia de la fase anterior, podemos seguir observando en la **Tabla 15** cómo los aspectos relacionados con la atención a los familiares y acompañantes y los relacionados con la intervención objeto de análisis, cambian su dirección hacia la puntuación de 5 (*“mucho mejor de lo que esperaba”*) respecto a los resultados en puntuación de 5 (*“mucho mejor de lo que esperaba”*) respecto a los resultados en F_0 , resaltados en la **Figura 33** para facilitar la comparación entre ambas fases: F_0 Vs. F_1 (**Figura 11 Vs. Figura 33**).

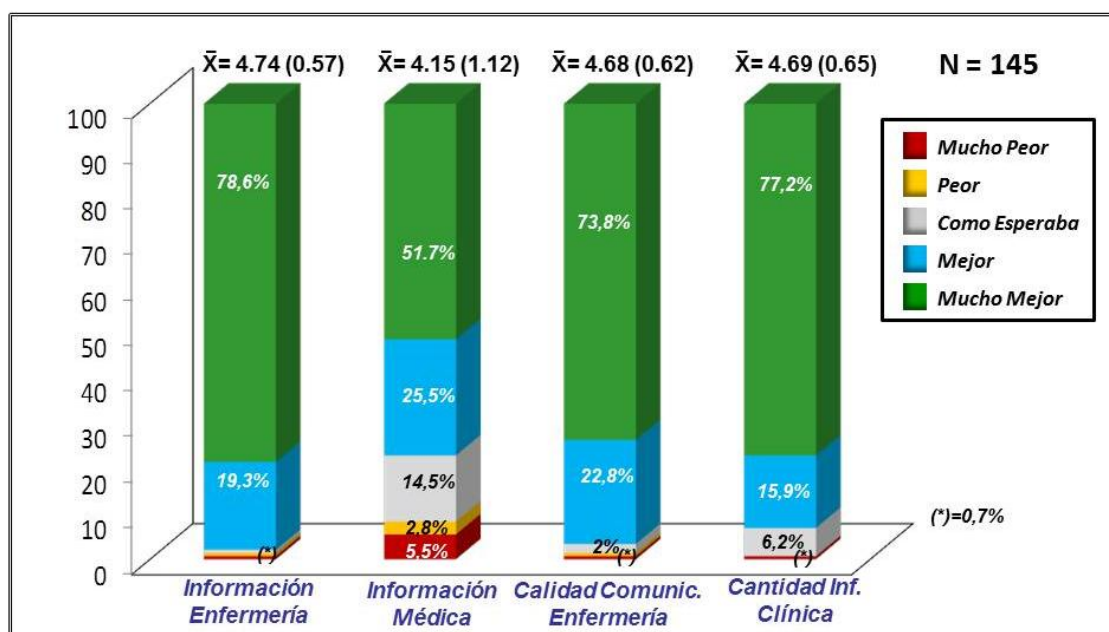


Figura 33.- Calidad Asistencial Percibida en relación con la Información brindada

La “Información ofrecida por el profesional médico”, aun no siendo objetivo directo de nuestra intervención, se ha visto también especialmente reforzada en su valoración de forma clara: de una media 2.68(1.16) en F_0 ha ascendido a 4.15(1.12). Por un lado, la existencia de la unidad ha propiciado, a través de los Profesionales de Enfermería, un mayor contacto entre los familiares y acompañantes y el médico y, por otro lado, entendemos que el hecho de “sentirse bien tratado” incide en una percepción más positiva de todos los factores que participan en el proceso asistencial.

Algo parecido podría haber ocurrido con los tiempos de espera ya que, como veremos más adelante, en esta F_1 , el “Tiempo de espera real” y el “Tiempo de espera percibido” se han visto reducidos en 1 hora de media, a expensas del mayor porcentaje de familiares y acompañantes que, satisfechos y tranquilizados por la información clínica recibida de forma periódica y por haber podido acompañar al paciente durante su estancia, decidieron ausentarse para

atender sus responsabilidades habituales, lo que disminuyó su tiempo de permanencia en el SUH.

Los resultados de la dimensión *Informe del Usuario* se presentan en las **Figuras 34 a 38** y en la **Tabla 16**.

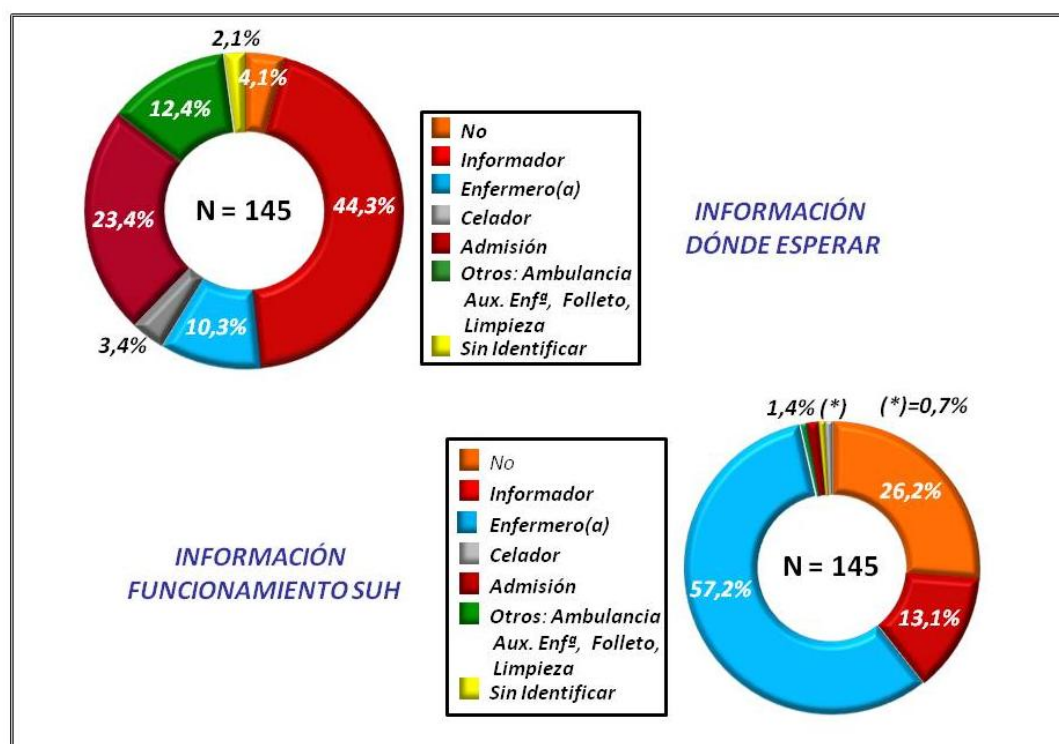


Figura 34.- Informe del Usuario (I)

El porcentaje de población que manifiesta no haber recibido ninguna indicación durante su espera ha descendido notablemente como mostramos en las **Figuras 34 a 38 Vs. Figuras 12 a 16**, a excepción de un hecho que nos resulta muy llamativo: ha aumentado el número de familiares y acompañantes que manifiesta no haber recibido ningún tipo de “Recomendaciones al alta” (75,9%) (**Figura 36**).

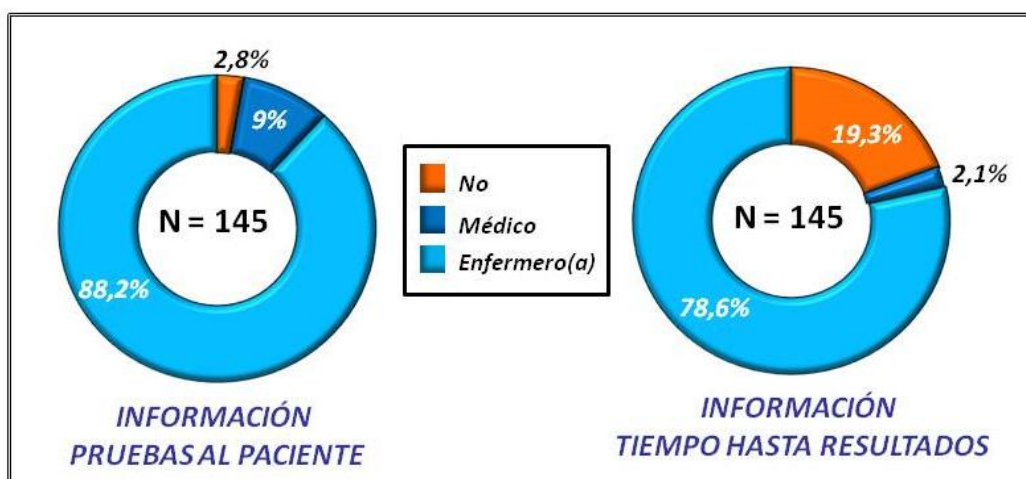


Figura 35.- Informe del Usuario (II)

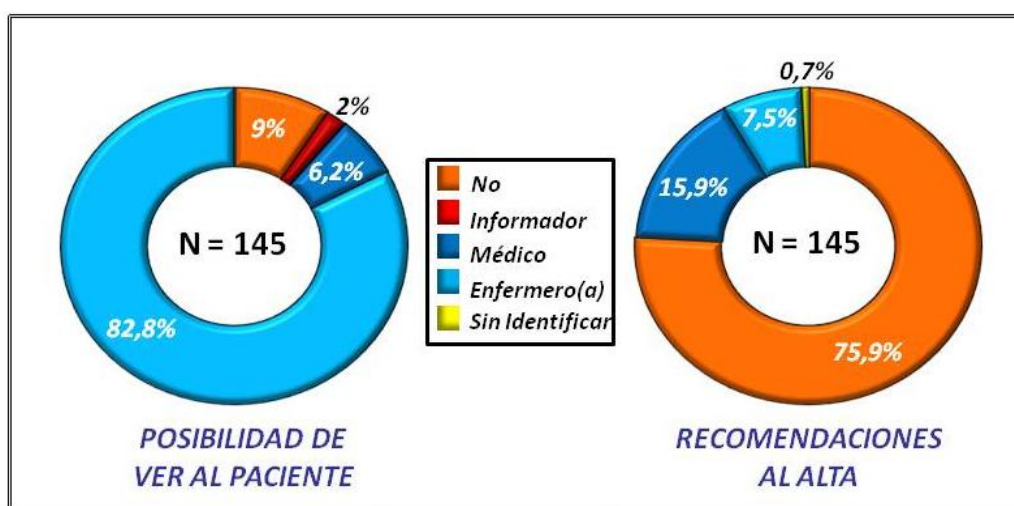


Figura 36.- Informe del Usuario (III)

En este sentido debemos aclarar, que un aspecto fundamental en el Programa de Formación de los profesionales que participaron en el estudio, fue el momento tanto de la acogida como de la despedida de las personas que formaron parte de la muestra dada la importancia que tienen ambos a la hora de causar una “buena impresión e imagen”. Una posible explicación a esta ausencia percibida de “Recomendaciones al alta” la encontramos en el hecho de que no siempre fue necesario un encuentro “formal” a este efecto, dado

que la información proactiva, continua y periódica que se mantuvo con ellos, favoreció este tipo de información de forma continua a lo largo de todo el proceso. No obstante, una vez más se pone de manifiesto, una de las leyes básicas de la comunicación interhumana ⁽¹¹⁰⁾:

*“Lo verdadero no es lo que dice el emisor,
sino lo que entiende el receptor”*

Y puesto que de expectativas y percepciones de los usuarios en cuanto a la calidad asistencial recibida, versa el presente estudio, debemos asumir que si los usuarios no perciben haber recibido esta información, sencillamente, no la han recibido. Al menos así es para ellos.

Por otro lado, todos los integrantes de la muestra manifiestan haber recibido “Información clínica” sobre del paciente al menos en 2 ocasiones, siendo la media notablemente más alta ($\bar{X}(DE)=5(2)$), habiendo percibido el 75% de la muestra 4 ó más informaciones ($P_{25}=4$) y el 25% de ellos, 6 ó más informaciones ($P_{75}=6$) hasta un máximo de 15 (**Figura 37**).

Todo ello en un “Tiempo de espera percibido” de 4:22(1:18) horas de media, con un rango de 1 - 8 horas ($P_{25}=3:37$, $P_{75}=5$, $P_{50}=4$) como describimos posteriormente en la **Tabla 16**, que recoge conjuntamente la información relativa a la “Cantidad de informaciones percibidas”, al “Tiempo de espera percibido”, al “Número de informaciones reales”, al “Tiempo de espera real”, y al “Tiempo transcurrido entre las diferentes informaciones” ofrecidas a lo largo de la espera. Como podemos observar, frente a una media de 4:22(1:18) horas de espera percibida, con un rango de 1 – 8 horas y una mediana de 4 horas, se produjo una espera media real de 3:55(1) horas con un rango de 1:32 – 6:54 horas, siendo la mediana en este caso de 3:53 horas. Durante este período de tiempo se ofreció una media de 5(1) informaciones acerca de la evolución

clínica del paciente, con un rango de 3 – 10 informaciones, siendo la mediana de 5 informaciones, $P_{25}=4$, $P_{75}=6$ informaciones.

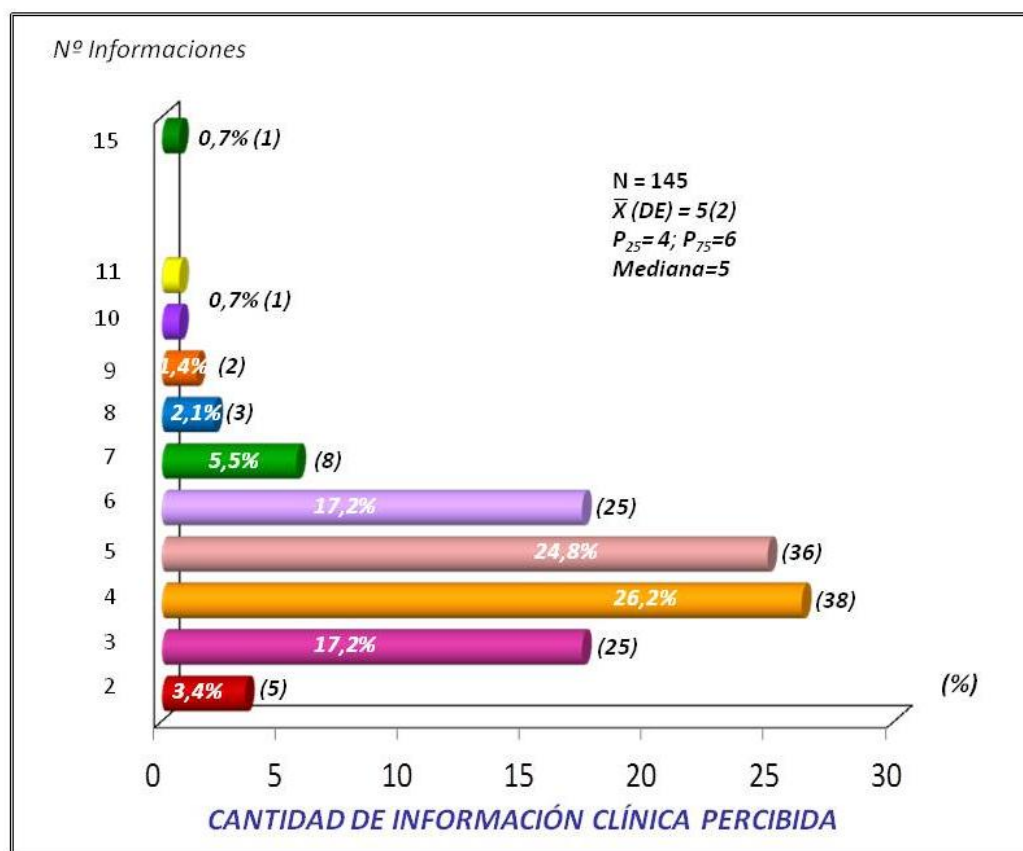


Figura 37.- Informe del Usuario (IV)

Tabla 16.- Informe del Usuario (VI)

N= 145	$\bar{X}(DE)$	Min.	Máx.	P25	P75	P50
Tiempo espera real	3:55(1)	1:32	6:54	3:15	4:34	3:53
Tiempo espera percibido	4:22(1:18)	1:00	8:00	3:37	5:00	4:00
Información clínica real	5(1)	3	10	4	6	5
Información clínica percibida	5(2)	2	15	4	6	5
Tiempo inter-informaciones	0:44(0:08)	0:18	1:11	0:40	0:49	0:45

Se ha producido también una mejora importante en la identificación de los profesionales, como podemos apreciar en la **Figura 38**, tanto los directamente relacionados con el proceso asistencial del paciente, como aquellos que mantuvieron continuamente informados a los familiares y acompañantes durante su espera.

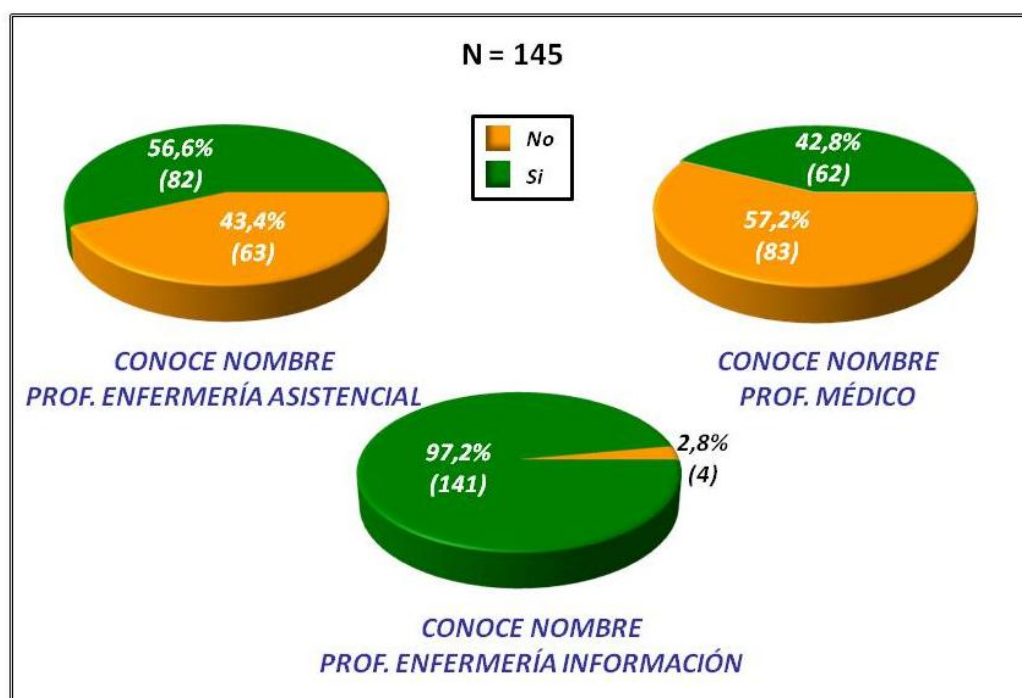


Figura 38.- Informe del Usuario (V)

En la **Tabla 17** podemos apreciar la correlación que existe entre estas variables cuantitativas; así vemos que el “Tiempo medio de espera percibido” se correlaciona con el “Tiempo real” de espera ($r=0,73$; $p<0,001$), con la “Cantidad de información percibida” ($r=0,46$; $p<0,01$), con la “Cantidad de información clínica real” ($r=0,67$; $p<0,001$) y con el “Tiempo inter-informaciones” ($r=0,33$; $p<0,001$). La “Cantidad de información percibida” presenta una correlación estadísticamente significativa con el “Tiempo subjetivo de espera” ($r=0,46$; $p<0,001$) a diferencia de lo que ocurría en $F_{(0)}$, con el “Tiempo real” ($r=0,48$;

$p < 0,001$) y con el “Número real de informaciones ofrecidas” ($r = 0,51$; $p < 0,001$), pero no con el “Tiempo inter-informaciones”.

Tabla 17.- Correlación Tiempos de espera Vs. Información recibida

N= 145	Tiempo de espera real	Tiempo de espera percibido	Informac. clínica real	Informac. clínica percibida	Tiempo inter-informac.
Tiempo espera real	■	$r = 0,73$ $p < 0,001$	$r = 0,79$ $p < 0,001$	$r = 0,48$ $p < 0,001$	$r = 0,52$ $p < 0,001$
Tiempo espera percibido	$r = 0,73$ $p < 0,001$	■	$r = 0,67$ $p < 0,001$	$r = 0,46$ $p < 0,001$	$r = 0,33$ $p < 0,001$
Información clínica real	$r = 0,79$ $p < 0,001$	$r = 0,67$ $p < 0,001$	■	$r = 0,51$ $p < 0,001$	-
Información clínica percibida	$r = 0,48$ $p < 0,001$	$r = 0,46$ $p < 0,001$	$r = 0,51$ $p < 0,001$	■	-
Tiempo inter-informaciones	$r = 0,52$ $p < 0,001$	$r = 0,33$ $p < 0,001$	-	-	■

Hemos aplicado un modelo de regresión lineal con el fin de conocer los condicionantes que explican el “Tiempo de espera percibido”, encontrando que el 53% de su variabilidad ($R^2 = 0,53$) se explica por la “Cantidad de información clínica real” ($p < 0,001$), el “Tiempo inter-informaciones” ($p < 0,001$) y por la “Cantidad de información percibida” ($p < 0,001$).

Esto significa que la información proactiva acerca de la evolución del paciente, ofrecida cada 45 minutos, junto con las intervenciones de Educación para la Salud oportunas y personalizadas, contribuyen a mejorar la percepción del tiempo de espera en el SUH en nuestro estudio.

Los *Criterios de Referencia* del cuestionario en F_1 ponen de manifiesto que tan sólo el 0,7% de la muestra (1 sujeto) no volvería “nunca” al Servicio de

Urgencias del HCSC si pudiera elegirlo, el 11% “*tendría dudas*” al respecto y el 88,3% volvería “*sin dudar*” al SUH aunque pudiera elegir otro; la intención de recomendarlo “*sin dudar*” la manifiesta el 86,2% de la muestra, el 13,1% “*tiene dudas*” al respecto y, de nuevo, tan solo 1 individuo de nuestra muestra (el 0,7%) no lo haría “*nunca*” (**Figura 39**).

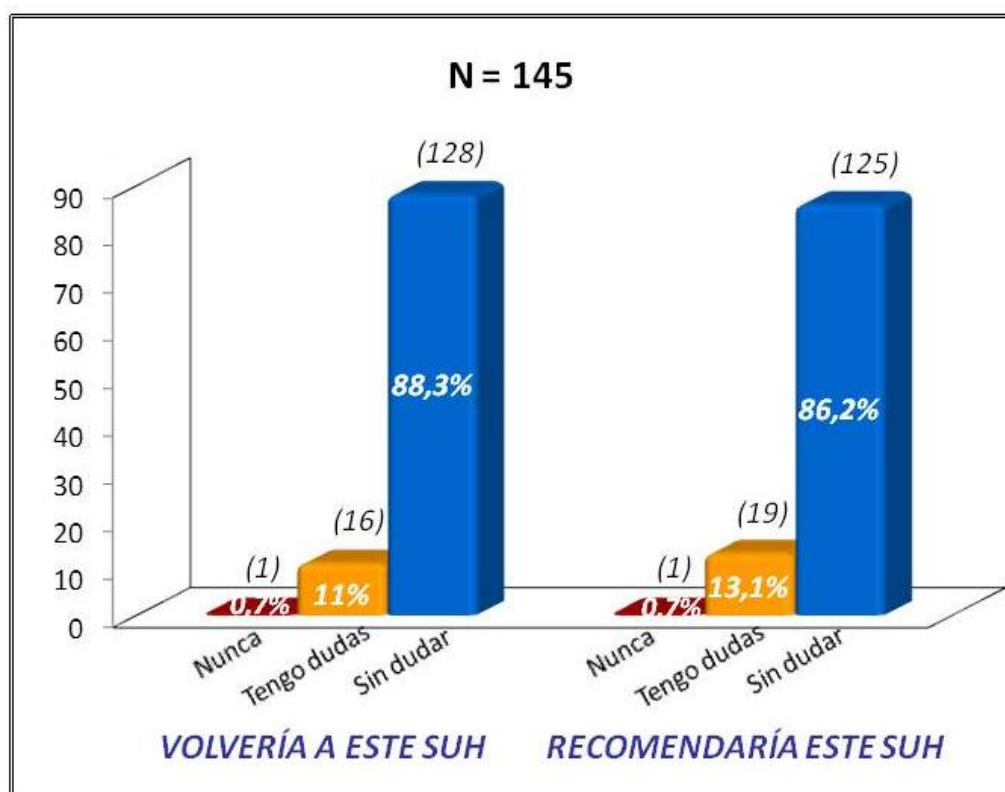


Figura 39.- Criterios de Referencia (I) y (II)

De nuevo hemos analizado en qué medida las expectativas y percepciones de nuestra población diana condicionan su intención de “volver” y de “recomendar” el Servicio de Urgencias del HCSC, teniendo en cuenta que en esta fase, todos los individuos se muestran “*satisfechos*” o “*muy satisfechos*”. Es decir, que los factores que analizamos a continuación serían los que han hecho de nuestra

intervención una prestación excelente en el SUH, y establecerán la diferencia entre la “satisfacción” y la “excelencia en la satisfacción”.

La media obtenida entre los 12 ítems de la dimensión *Calidad Asistencial Percibida*, manifiesta la tendencia a la relación entre esta dimensión y la intención de volver al SUH ($p=0,066$), aunque el grado de significación franco lo presentan concretamente, como mostramos en la **Tabla 18.1**, los ítems relacionados con el “Trato personalizado” con los familiares y acompañantes ($p=0,053$), con la “Información ofrecida por el profesional de enfermería” ($p=0,020$), la “Ofrecida por el profesional médico” ($p<0,001$), la “Calidad de la comunicación con el profesional de enfermería” ($p=0,024$), con el “Tiempo de espera hasta la primera atención” y el “Tiempo de espera total” ($p<0,001$ en ambos casos) y con la “Satisfacción global” ($p<0,001$). Son estos, por tanto, los factores que contribuyen a que los usuarios no tengan ningún tipo de duda al mostrar su preferencia por este SUH, o bien, los que marcan el significado de la percepción de una calidad asistencial excelente.

Tabla 18.1- Asociación Calidad Asistencial Percibida Vs. Criterios de Referencia (I)

N= 145		VOLVERÍA AL SUH			Sig. (p)
		Nunca n (%)	Tengo Dudas n (%)	Sin Dudar n (%)	
Confianza-Seguridad	Mucho peor	0	0	0	-
	Peor	0	0	0	
	Como esperaba	0	1(6)	8(6)	
	Mejor	0	4(25)	24(19)	
	Mucho mejor	1(100)	11(69)	96(75)	
Preparación-Capacitación	Mucho peor	0	0	0	-
	Peor	0	0	0	
	Como esperaba	0	2(13)	16(13)	
	Mejor	0	4(25)	23(18)	
	Mucho mejor	1(100)	10(62)	89(69)	

. / ..

.. / ..

Amabilidad en el trato	Mucho peor	0	0	0	
	Peor	0	0	0	
	Como esperaba	0	0	2(2)	-
	Mejor	0	2(13)	8(6)	
Interés Familia/Acompañantes	Mucho mejor	1(100)	14(87)	118(92)	
	Mucho peor	0	0	0	
	Peor	0	0	0	
	Como esperaba	0	1(6)	3(2)	-
Trato personalizado	Mejor	0	5(31)	16(13)	
	Mucho mejor	1(100)	10(63)	109(85)	
	Mucho peor	0	0	0	
	Peor	0	0	0	
Información enfermería	Como esperaba	0	1(6)	22(17)	$p=0,053$
	Mejor	0	1(6)	106(83)	
	Mucho mejor	1(100)	14(88)	13(18)	
	Mucho peor	0	1(6)	0	
Información médicos	Peor	0	1(6)	0	
	Como esperaba	0	0	1(1)	$p=0,020$
	Mejor	0	1(6)	27(21)	
	Mucho mejor	1(100)	13(82)	100(78)	
Calidad Comunicación enfª.	Mucho peor	0	3(19)	5(4)	
	Peor	0	4(25)	0	
	Como esperaba	0	2(12)	19(15)	$p<0,001$
	Mejor	0	3(19)	34(27)	
Cantidad Información Clínica	Mucho mejor	1(100)	4(25)	70(54)	
	Mucho peor	0	1(6)	0	
	Peor	0	1(6)	0	
	Como esperaba	0	0	3(2)	$p=0,024$
Tiempo espera 1ª Atención	Mejor	0	2(12)	31(24)	
	Mucho mejor	1(100)	12(76)	94(74)	
	Mucho peor	0	1(6)	0	
	Peor	0	0	0	
Tiempo espera total	Como esperaba	0	0	9(7)	-
	Mejor	0	2(13)	21(16)	
	Mucho mejor	1(100)	13(81)	98(77)	
	Mucho peor	0	0	2(2)	
Satisfacción Global	Peor	1(100)	1(6)	3(2)	
	Como esperaba	0	2(13)	16(12)	$p<0,001$
	Mejor	0	5(31)	28(22)	
	Mucho mejor	0	8(50)	79(62)	
Satisfacción Global	Mucho peor	0	1(6)	6(5)	
	Peor	1(100)	0	3(2)	
	Como esperaba	0	7(44)	38(30)	$p<0,001$
	Mejor	0	7(44)	37(29)	
Satisfacción Global	Mucho mejor	0	1(6)	44(34)	
	Mucho peor	0	0	0	
	Peor	1(100)	1(6)	0	
	Como esperaba	0	1(6)	5(4)	$p<0,001$
Satisfacción Global	Mejor	0	3(19)	34(27)	
	Mucho mejor	0	11(69)	89(69)	

En cuanto a la intención de recomendar el SUH (**Tabla 18.2**), existe relación estadísticamente significativa entre este hecho y la media obtenida de la dimensión *Calidad Asistencial Percibida* ($p=0,015$) y más específicamente con el “Interés mostrado por los familiares y acompañantes” ($p=0,005$), la “Información ofrecida por el profesional médico” ($p=0,002$), el “Tiempo de espera hasta la primera atención” y el “Tiempo de espera total” ($p<0,001$ en ambos casos) y la “Satisfacción global” ($p<0,001$).

Tabla 18.2.- Asociación Calidad Asistencial Percibida Vs. Criterios de Referencia (II)

N= 145		RECOMENDARÍA EL SUH			
		Nunca n (%)	Tengo Dudas n (%)	Sin Dudar n (%)	Sig. (p)
Confianza-Seguridad	Mucho peor	0	0	0	-
	Peor	0	0	0	
	Como esperaba	0	2(10)	7(6)	
	Mejor	0	3(16)	25(20)	
	Mucho mejor	1(100)	14(74)	93(74)	
Preparación-Capacitación	Mucho peor	0	0	0	-
	Peor	0	0	0	
	Como esperaba	0	2(10)	16(13)	
	Mejor	0	6(32)	21(17)	
	Mucho mejor	1(100)	11(58)	88(70)	
Amabilidad en el trato	Mucho peor	0	0	0	-
	Peor	0	0	0	
	Como esperaba	0	1(5)	1(1)	
	Mejor	0	2(11)	8(6)	
	Mucho mejor	1(100)	16(84)	116(93)	
Interés Familia/Acompañantes	Mucho peor	0	0	0	$p=0,005$
	Peor	0	0	0	
	Como esperaba	0	2(10)	2(2)	
	Mejor	0	7(37)	14(11)	
	Mucho mejor	1(100)	10(53)	109(87)	
Trato personalizado	Mucho peor	0	0	0	-
	Peor	0	0	0	
	Como esperaba	0	1(5)	0	
	Mejor	0	3(16)	20(16)	
	Mucho mejor	1(100)	15(79)	105(84)	
Información enfermería	Mucho peor	0	1(5)	0	$p=0,085$
	Peor	0	1(5)	0	
	Como esperaba	0	0	1(1)	
	Mejor	0	3(16)	25(20)	
	Mucho mejor	1(100)	14(74)	99(79)	

. / ..

.. / ..

Información médicos	Mucho peor	0	3(16)	5(4)	p=0,002
	Peor	0	3(16)	1(1)	
	Como esperaba	0	3(16)	18(14)	
	Mejor	0	7(36)	30(24)	
Calidad Comunicación enf^a.	Mucho mejor	1(100)	3(16)	71(57)	p=0,077
	Mucho peor	0	1(5)	0	
	Peor	0	1(5)	0	
	Como esperaba	0	0	3(2)	
Cantidad Información Clínica	Mejor	0	4(21)	29(23)	-
	Mucho mejor	1(100)	13(69)	93(75)	
	Mucho peor	0	1(5)	0	
	Peor	0	0	0	
Tiempo espera 1ª Atención	Como esperaba	0	0	9(7)	p<0,001
	Mejor	0	4(21)	19(15)	
	Mucho mejor	1(100)	14(74)	97(78)	
	Mucho peor	0	0	2(2)	
Tiempo espera total	Peor	1(100)	2(10)	2(2)	p<0,001
	Como esperaba	0	3(16)	15(12)	
	Mejor	0	4(21)	29(23)	
	Mucho mejor	0	10(53)	77(61)	
Satisfacción Global	Mucho peor	0	2(11)	5(4)	p<0,001
	Peor	1(100)	1(5)	2(2)	
	Como esperaba	0	5(26)	40(32)	
	Mejor	0	7(37)	37(29)	
	Mucho mejor	0	4(21)	41(33)	p<0,001
	Mucho peor	0	0	0	
	Peor	1(100)	1(5)	0	
	Como esperaba	0	2(11)	4(3)	
	Mejor	0	5(26)	32(26)	
	Mucho mejor	0	11(58)	89(71)	

Los ítems relacionados con la “Información ofrecida por el Profesional de Enfermería” ($p=0,085$) y con la “Calidad de la comunicación” con los mismos ($p=0,077$) muestran tendencia a condicionar esta intención, pero no tiene un nivel de significación apropiado en nuestro estudio, es decir, que no son condicionantes a la hora de recomendar el SUH cuando la población se muestra “satisfecha” o “muy satisfecha”.

La dimensión *Informe del Usuario*, recogida en la **Tabla 19.1**, muestra un nivel de significación adecuado con la intención de volver al SUH con el haber

recibido información acerca de “Dónde esperar” ($p=0,006$) y sobre el “Tiempo estimado para tener resultados” ($p=0,058$).

Igualmente encontramos que no haber recibido información sobre las “Pruebas que se realizaban al paciente”, muestra diferencias porcentuales significativas ($p=0,05$) que asocian este hecho con “*tener dudas*” para volver a utilizar el SUH en caso de poder elegir, frente a “*no dudarlo*”.

Tabla 19.1.- Asociación Informe del Usuario (I) Vs. Criterios de Referencia (I)

N= 145		VOLVERÍA AL SUH			Sig. (p)
		Nunca n (%)	Tengo Dudas n (%)	Sin Dudar n (%)	
<i>Dónde esperar</i>	Si	0	14(88)	125 (98)	$p=0,006$
	No	1(100)	2(12)	3(2)	
<i>Funcionamiento SUH</i>	Sí	1(100)	9(56)	97 (76)	-
	No	0	7(44)	31(24)	
<i>Pruebas al paciente</i>	Si	1(100)	14(88)	126 (98)	$p=0,05$
	No	0	2(12)	2(2)	
<i>Tiempo hasta resultados</i>	Si	1(100)	9(56)	107(84)	$p=0,058$
	No	0	7(44)	21(16)	
<i>Acompañar al paciente</i>	Si	1(100)	13(81)	118(92)	-
	No	0	3(19)	10(8)	
<i>Información al alta</i>	Sí	0	4(25)	31(24)	-
	No	1(100)	12(75)	97(76)	
<i>Nombre del médico</i>	Si	0	7(44)	55(43)	-
	No	1(100)	9(57)	73(57)	
<i>Nombre prof. enfª asistencial</i>	Si	0	6(37)	76(59)	-
	No	1(100)	10(63)	52(41)	
<i>Nombre prof. enfª información</i>	Si	1(100)	16(100)	124(97)	-
	No	0	0	4(3)	

En la misma dimensión (**Tabla 19.2**), en relación con la intención de recomendar el SUH, existe un adecuado nivel de significación en lo relacionado

con haber recibido información acerca de “Dónde esperar” ($p=0,013$) y una tendencia de asociación, dado que no hay significación estadística franca, con el hecho de conocer el “Nombre del profesional de enfermería que atiende al paciente” ($p=0,086$).

De nuevo, no haber recibido información sobre las “Pruebas que se estaban realizando” muestra diferencias porcentuales significativas ($p=0,05$) que hacen que estas personas “*tengan dudas*” para recomendar el Servicio de Urgencias del HCSC a otros usuarios frente a “*no dudar*” en recomendarlo.

Tabla 19.2.- Asociación Informe del Usuario (I) Vs. Criterios de Referencia (II)

<p><i>p global</i> <i>p 2 a 2</i></p> <p>N= 145</p>		RECOMENDARÍA EL SUH			
		Nunca n (%)	Tengo Dudas n (%)	Sin Dudar n (%)	Sig. (p)
Dónde esperar	Si	0	17(90)	122 (98)	<i>p=0,013</i>
	No	1(100)	2(10)	3(2)	
Funcionamiento SUH	Sí	1(100)	11(58)	95 (76)	-
	No	0	8(42)	30(24)	
Pruebas al paciente	Si	1(100)	17(90)	123 (98)	<i>p=0,05</i>
	No	0	2(10)	2(2)	
Tiempo hasta resultados	Si	1(100)	13(68)	103(82)	-
	No	0	6(32)	22(18)	
Acompañar al paciente	Si	1(100)	17(90)	114(91)	-
	No	0	2(10)	11(9)	
Información al alta	Sí	0	5(26)	30(24)	-
	No	1(100)	14(74)	95(76)	
Nombre del médico	Si	0	7(37)	55(44)	-
	No	1(100)	12(63)	70(56)	
Nombre prof. enf^a asistencial	Si	0	7(37)	75(60)	<i>p=0,086</i>
	No	1(100)	12(63)	50(40)	
Nombre prof. enf^a información	Si	1(100)	19(100)	121(97)	
	No	0	0	4(3)	

Las **Tablas 20.1 y 20.2** muestran cómo ninguna de las variables cuantitativas de esta dimensión son decisivas a la hora de marcar diferencias entre la intención de volver a utilizar el SUH y la de recomendarlo a otras personas, cuando toda la población está satisfecha.

Tabla 20.1.- Relación Informe del Usuario (II), Información y Tiempos reales Vs. Criterios de Referencia (I)

N= 145	VOLVERÍA AL SUH				Sig. (p)
	Nunca \bar{X} (DE)	Tengo Dudas \bar{X} (DE)	Sin Dudar \bar{X} (DE)	Total \bar{X} (DE)	
<i>Tiempo espera real</i>	3:25	4:07 (1:10)	3:54 (1:05)	3:55 (1)	-
<i>Tiempo espera percibido</i>	3:30	4:18 (1:27)	4:13 (1:09)	4:22 (1:18)	-
<i>Información clínica percibida</i>	4	4 (2)	5 (2)	5 (2)	-
<i>Información clínica real</i>	5	5 (1)	5 (1)	5 (1)	-
<i>Tiempo inter-informaciones</i>	0:46	0:45 (0:09)	0:44 (0:08)	0:44 (0:08)	-

Tabla 20.2.- Relación Informe del Usuario (II), Información y Tiempos reales Vs. Criterios de Referencia (II)

N= 145	RECOMENDARÍA EL SUH				Sig. (p)
	Nunca \bar{X} (DE)	Tengo Dudas \bar{X} (DE)	Sin Dudar \bar{X} (DE)	Total \bar{X} (DE)	
<i>Tiempo espera real</i>	3:25	3:59 (1:06)	3:55 (1:06)	3:55 (1)	-
<i>Tiempo espera percibido</i>	3:30	4:25 (1:33)	4:11 (1:07)	4:22 (1:11)	-
<i>Información clínica percibida</i>	4	4 (2)	5 (2)	5 (2)	-
<i>Información clínica real</i>	5	5 (1)	5 (1)	5 (1)	-
<i>Tiempo inter-informaciones</i>	0:46	0:44 (0:06)	0:44 (0:08)	0:44 (0:08)	-

Insistimos en que se trata de elementos diferenciadores entre la *satisfacción* y la *excelencia en la satisfacción* en esta fase de nuestro estudio, no habiendo diferencias significativas cuando el grado de satisfacción de la población es elevado, cuando se sienten bien tratados, cuando perciben una atención de calidad.

La **Figura 40** muestra que el porcentaje de sujetos que realiza *comentarios o sugerencias* es del 44,8% de la muestra. Merece la pena señalar que el 75,4% manifiestan agradecimientos y felicitaciones al SUH en general.

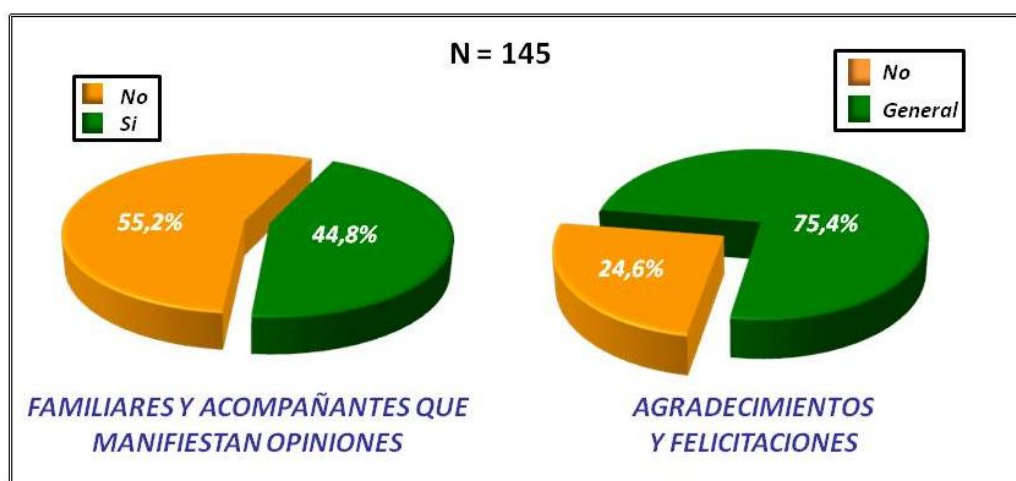


Figura 40.- Sugerencias y Comentarios

De entre los comentarios positivos, plasmados en la **Figura 41**, destacamos la excelente acogida expresada por el nuevo sistema de información clínica por parte del 63,1% de la muestra, el correcto tiempo inter-informaciones que manifiesta el 50,8%, la disminución de la incertidumbre y la ansiedad que hace la espera más llevadera para el 53,8% de los encuestados y el hecho de que, en general, ha mejorado el funcionamiento del Servicio de Urgencias del HCSC para un 45% de las personas que han formado parte de nuestro estudio en esta segunda fase, así como la humanización en el trato dispensado (61,5%).

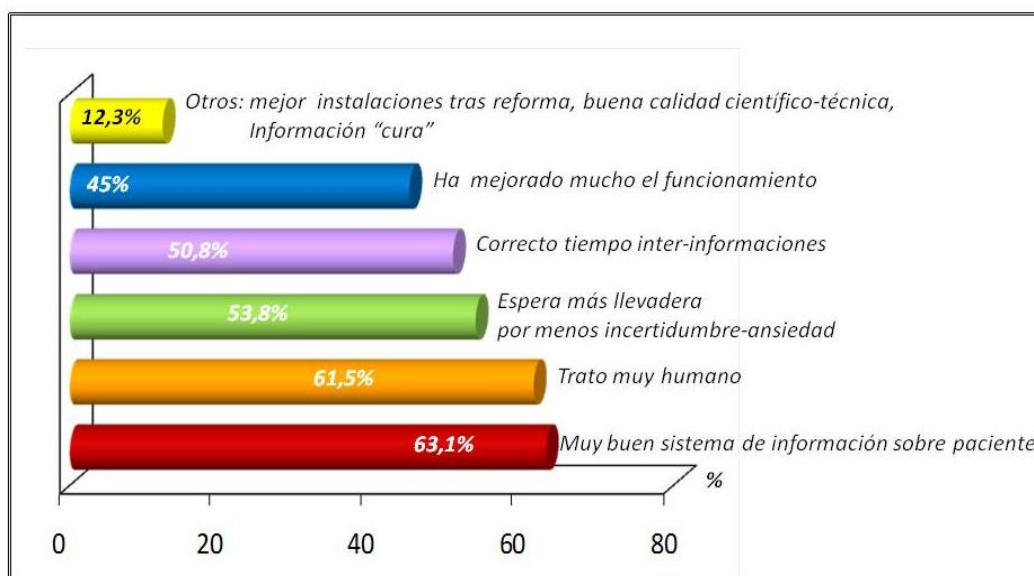


Figura 41.- Comentarios positivos realizados

No obstante, también han manifestado algunos comentarios menos positivos (**Figura 42**) y que entendemos necesario tener en cuenta, ya que en algunos casos no es necesaria una especial inversión económica para solventarlos, si bien, en otros tenemos que señalar que no formaban parte de los objetivos del estudio: un 4,6% de la población diana entiende que los tiempos de espera son excesivos y un 18,5% manifiesta diversos desacuerdos como el trato inadecuado recibido en 1 caso por parte del personal auxiliar, la falta de coordinación intercentros, la falta de personal médico o la lentitud en la llegada de las ambulancias.

Las sugerencias realizadas, recogidas en la **Figura 43**, se refieren a la necesidad de generalizar y mantener la *Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes* en los 3 turnos de funcionamiento del SUH y para todos los usuarios sin excepción (56,9%), de aumentar el tiempo y la frecuencia en el acompañamiento al paciente (12,3%), y a la idoneidad de implantar la mencionada unidad en todos los hospitales públicos, sugerencia que realiza el

12,3% de la muestra. En un sentido más reivindicativo, el 7,5% de las personas encuestadas sugieren una mayor cantidad de información clínica, mejorar la humanidad en el trato y aumentar la plantilla de médicos en el SUH.



Figura 42.- Comentarios negativos realizados



Figura 43.- Sugerencias realizadas

También los incidentes violentos, recogidos en la **Figura 44**, han descendido en F_1 de nuestro estudio; fueron 3 eventos violentos los que se produjeron durante esta fase en el SUH y todos ellos en el turno de tarde.

La única razón que motivó la agresión fue la falta de información y los eventos violentos más frecuentes fueron los insultos y las amenazas, en 2 ocasiones cada uno de ellos y 1 agresión física.

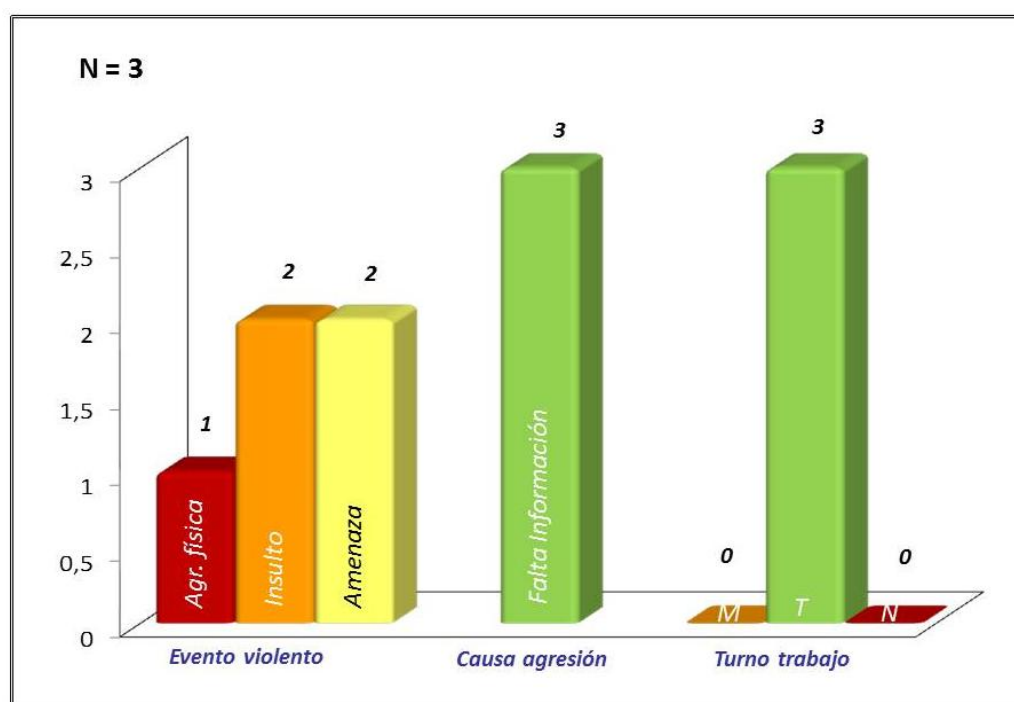


Figura 44.- Eventos Violentos (I)

En el mismo sentido, en la **Figura 45** observamos que el familiar o acompañante del paciente fue el agresor en todas las ocasiones, y que fueron protagonizadas de forma paritaria por ambos géneros (2 hombres y 2 mujeres). Entre el personal agredido en esta fase vuelven a destacar en número los informadores, presentes en las 3 agresiones y el médico (agredido en 1 ocasión).

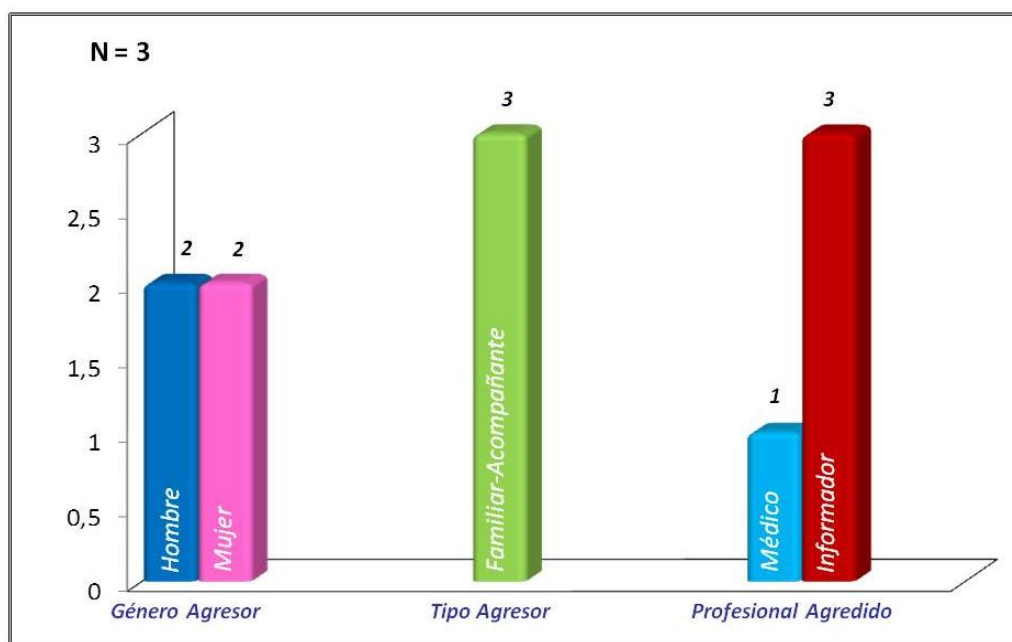


Figura 45.- Eventos Violentos (II)

El número de reclamaciones presentadas en el Servicio de Atención al Usuario del HCSC⁽¹⁰⁹⁾ provenientes del SUH (**Figura 46**) ha experimentado un descenso notable en esta fase del estudio F_1 , ascendiendo a un total de 17 (frente a 22 en F_0) (**Figura 46 Vs. Figura 24**). El 47% de ellas se relaciona con aspectos como la falta de información, la demora percibida en la atención sanitaria y el trato recibido en el SUH.

Debemos señalar al respecto que se trata de reclamaciones interpuestas de entre todos los usuarios del SUH, como en F_0 , entre los que están incluidos aquellos que han formado parte de nuestra muestra.

Como en la fase anterior, y en ésta con mayor motivo, hemos clasificado a la población según su **Grado de Satisfacción** de acuerdo a la escala de 4 grados (prescindiendo del estadio neutro: “como esperaba”), afrontando con nuestra

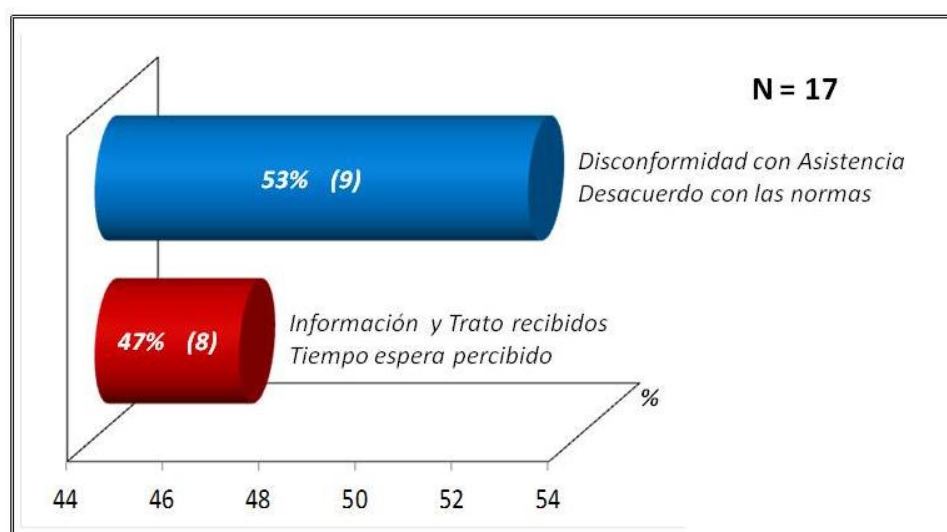


Figura 46.- Reclamaciones Interpuestas

intervención el reto de la calidad excelente en la atención a los familiares y acompañantes del paciente en el Servicio de Urgencias del HCSC.

Así y aplicando la misma escala, la clasificación final de la muestra según el **Grado de Satisfacción** con la calidad asistencial percibida queda como reflejamos en la **Tabla 21**: no existe, en esta fase del estudio ningún sujeto “muy insatisfecho” ni “insatisfecho”, el 23,4% se clasifica como “satisfecho” y 76,6% como “muy satisfecho”.

Mostramos también la puntuación media obtenida en cada gradiente de satisfacción, así como la puntuación media total que de 4.57(0.43) en la dimensión *Calidad Asistencial Percibida* en F_1 (**Tabla 15**) desciende, con el nuevo estándar de medida, a 3.76(0.42), puntuación mayor que la media obtenida con el mismo estándar en F_0 que fue de 2.42(0.86) (**Tabla 8**), incluso mayor que la obtenida en la dimensión *Calidad Asistencial Percibida* durante la F_0 que llegó a 3.04(0.85) (**Tabla 2**), antes de haber suprimido el estadio neutro.

Tabla 21.- Escala del Grado de Satisfacción

Alfa de Cronbach = 0.93 Índice de Kappa = 0.91 P ₂₅ = 2.6; P ₇₅ =3.6 Mediana=3.1 N = 145			
	RANGOS	FRECUENCIA RELATIVA (%)	\bar{X} (DE)
MUY INSATISFECHOS	< 2.10	-	-
INSATISFECHOS	2.10 – 3.10	-	-
SATISFECHOS	3.11 – 4.20	23,4	3.91 (0.81)
MUY SATISFECHOS	> 4.20	76,6	4.77 (0.45)
TOTAL	1 - 5	100	3.76 (0.42)

Podemos adelantar de acuerdo con estos resultados, que la *Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes* en el Servicio de Urgencias del HCSC mejora de manera excepcional el **Grado de Satisfacción** de los usuarios que han participado en nuestro estudio ya que, como podemos observar en la **Figura 47 (Vs. Figura 25)**, el 100% de los usuarios incluidos en la muestra están satisfechos con la atención recibida (“satisfechos” y “muy satisfechos”).

Como hemos manifestado desde el principio, al aumentar nuestro nivel de exigencia en la interpretación del cuestionario, con la entrada en funcionamiento de la *Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes* de los pacientes en el Servicio de Urgencias del HCSC, perseguíamos conseguir estándares de excelencia en la atención a estos usuarios; por ello la valoración que han realizado en esta F_1 hace que nos sintamos realmente muy satisfechos con el trabajo desarrollado, a pesar del gran esfuerzo que ha supuesto para todos los profesionales implicados en el mismo.

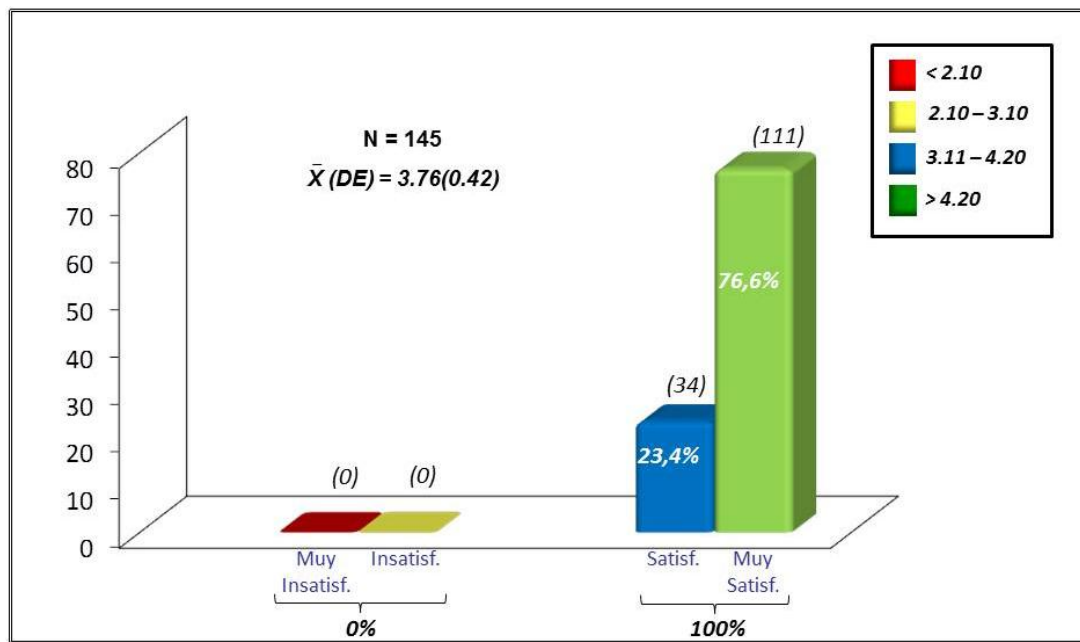


Figura 47.- Grado de Satisfacción de Familiares y Acompañantes

Nos parece oportuno señalar que todos los sujetos que han formado parte de la muestra del estudio, durante F_1 , continuaron recibiendo la misma atención que el resto de familiares y acompañantes que esperaban en el SUH por parte de todo el equipo de profesionales sanitarios y no sanitarios pero, además, han sido objeto específico de nuestra intervención, con la atención de los Profesionales de Enfermería que estuvieron al frente de la *Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes*.

Es decir, se produjeron los contactos habituales y espontáneos con el equipo médico o de enfermería que atendía al paciente, acompañaron al mismo durante las horas de visita establecidas por el SUH y pudieron dirigirse al mostrador de información siempre que lo necesitaron. Además, recibieron información proactiva, continua y periódica acerca de la evolución clínica del paciente y de las pruebas que se le iban practicando, se favoreció el

acompañamiento siempre que fue posible y oportuno y recibieron diversos contenidos de Educación para la Salud con el fin de dinamizar los tiempos de espera y hacerlos más llevaderos, y de ofrecer un trato más personal y más humano.

Exponemos para finalizar, la relación encontrada entre las diferentes dimensiones del cuestionario y el **Grado de Satisfacción** de la población estudiada durante F_1 , de acuerdo a la escala de satisfacción elaborada.

De los factores socio-demográficos recogidos, observamos diferencias significativas en cuanto al género de los familiares y acompañantes en relación con el **Grado de Satisfacción**, de forma que ser mujer implica estar “*muy satisfecha*” ($p=0,011$) frente a ser hombre que se identifica con estar “*satisfecho*”, y en cuanto al nivel de estudios, las personas con estudios primarios se manifiestan como “*muy satisfechas*” ($p=0,058$) frente a las personas con estudios de niveles superiores que se identifican como “*satisfechas*”.

El resto de factores socio-demográficos no guarda relación con el **Grado de Satisfacción** en nuestro caso (**Tabla 22**).

La dimensión *Calidad Asistencial Percibida* con los 12 ítems que la componen muestra, también en esta fase del estudio, una asociación estadística fuerte con el **Grado de Satisfacción**.

Tabla 22.- Grado de Satisfacción Vs. Variables Socio-Demográficas

(p global)		N= 145		Satisfacción	Supersatisfacción
Edad Familiar/Acompañante				-	-
Género Familiar/Acompañante				-	p=0,011
Relac. Familiar				-	-
Relac. Acompañante				-	-
Mayor Formación				-	-
Menor Formación				-	p=0,058

Los 12 ítems analizados presentan una significación estadística manifestada por $p < 0,001$ reflejada en la **Tabla 23 (Vs. Tabla 10)**, que también muestra la puntuación media obtenida en cada uno de los ítems de esta dimensión, de acuerdo a la clasificación de la muestra en la escala de satisfacción.

Podemos seguir observando en la misma tabla que toda la población de la muestra se encuentra “satisfecha” o “muy satisfecha”. Igualmente encontramos diferencias porcentuales significativas ($p=0,05$) en el sentido de que en todos los ítems, la percepción de los usuarios de que sus expectativas se han cubierto “mucho mejor” de lo que esperaban se asocia con la condición de estar “muy satisfecho”, mientras que la percepción de que las expectativas se han cubierto “como esperaba” o “mejor” se asocia con la condición de estar “satisfecho”.

Tabla 23.- Grado de Satisfacción y Calidad Asistencial Percibida

<p>(*) $p < 0,001$</p> <p>N = 145</p>	MUY INSATISFECHO (<2.10) \bar{X} (DE)	INSATISFECHO (2.10-3.10) \bar{X} (DE)	SATISFECHO (3.11-4.20) \bar{X} (DE)	MUY SATISFECHO (>4.20) \bar{X} (DE)
Confianza-Seguridad (*)	-	-	4.12 (0.69)	4.86 (0.42)
Preparación-Capacitación (*)	-	-	3.79 (0.77)	4.80 (0.48)
Amabilidad trato (*)	-	-	4.68 (0.59)	4.97 (0.16)
Interés Familia/Acompañantes (*)	-	-	4.32 (0.68)	4.95 (0.23)
Trato personalizado (*)	-	-	4.35 (0.54)	4.97 (0.16)
Información enfermería (*)	-	-	4.18 (0.83)	4.92 (0.31)
Información médica (*)	-	-	3.06 (1.07)	4.49 (0.90)
Calidad Comunic. enf ^a (*)	-	-	4.06 (0.85)	4.87 (0.36)
Cantidad Información Clínica (*)	-	-	4.12 (0.95)	4.86 (0.39)
Tiempo espera 1ª Atención (*)	-	-	3.56 (1.11)	4.61 (0.70)
Tiempo espera total (*)	-	-	2.82 (1.06)	4.10 (0.87)
Satisfacción Global (*)	-	-	3.88 (0.59)	4.85 (0.45)
PUNTUACIÓN TOTAL			3.91 (0.81)	4.77 (0.45)

Los ítems del *Informe del Usuario* que marcan la diferencia entre estar “satisfecho” o “muy satisfecho”, reflejados de forma concisa en la **Tabla 24**, son la información sobre las “Pruebas que se realizan al paciente” ($p=0,035$), sobre el “Tiempo hasta tener resultados” ($p<0,001$) y el hecho de “Conocer el nombre del profesional de enfermería que les ofrecía la información clínica” relacionada con la evolución del paciente ($p=0,014$).

En la misma línea, el que las personas manifiesten no haber recibido “Instrucciones al alta” del paciente muestra diferencias porcentuales estadísticamente significativas que asocian este hecho a la condición de estar “satisfecho” frente a “muy satisfecho” ($p=0,05$).

Tabla 24.- Grado de Satisfacción e Informe del Usuario (I)

(p global) (p 2 a 2)	N = 145									
	Dónde esperar (%)	Funcionam. SUH (%)	Pruebas paciente (%)	Tiempo resultados (%)	Acompañar paciente (%)	Informac. alta (%)	Nombre médico (%)	Nombre enfermería asistencial (%)	Nombre enfermería información (%)	
	SI - NO	SI - NO	SI - NO	SI - NO	SI - NO	SI - NO	SI - NO	SI - NO	SI - NO	
MUY INSATISFECHO (<2.10)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
INSATISFECHO (2.10-3.10)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
SATISFECHO (3.11-4.20) 23.4% (34)	97,1 2,9	64,7 35,3	91,2 8,8	50 50	88,2 11,8	5,9 94,1	35,3 64,7	58,8 41,2	91,2 8,8	
MUY SATISFECHO (>4.20) 76.6% (111)	95,5 4,5	76,6 23,4	99,1 0,9	90,1 9,9	91,9 8,1	29,7 70,3	45 55	55,9 44,1	99,1 0,9	
			p= 0,035	p<0,001		p= 0,05			p= 0,014	

Los resultados relativos a las variables cuantitativas que forman parte de esta dimensión, quedan recogidos en la **Tabla 25**.

De forma específica muestra que ni el “Tiempo de espera real”, ni el “Tiempo percibido”, ni el “Tiempo inter-informaciones” son condicionantes claros cuando el sujeto está satisfecho.

Sin embargo hemos comprobado que lo que sí condicionan el **Grado de Satisfacción** de forma significativa, son tanto la “Cantidad de información clínica percibida” (p=0,002), recogida de forma particular en la **Tabla 26 (Vs. Tabla 13)**, como la “Cantidad de información clínica real” que se ofreció en esta fase (p<0,001).

Tabla 25.- Grado de Satisfacción e Informe del Usuario (II)

N = 145	Tiempo de espera percibido \bar{X} (DE)	Tiempo de espera real \bar{X} (DE)	Información Clínica percibida \bar{X} (DE)	Información Clínica real \bar{X} (DE)	Tiempo inter- informaciones \bar{X} (DE)
MUY INSATISFECHO (<2.10) 0%	-	-	-	-	-
INSATISFECHO ($2.10-3.10$) 0%	-	-	-	-	-
SATISFECHO ($3.11-4.20$) 23,4% (34)	4:44 (1:42)	4:09 (1:18)	4 (2)	5 (1)	0:45 (0:07)
MUY SATISFECHO (>4.20) 76,6% (111)	4:15 (1:09)	3:51 (1)	5 (2)	6 (1)	0:44 (0:08)
			$p=0,002$	$p<0,001$	

Tabla 26.- Grado de Satisfacción e Informe del Usuario (III)

$p=0,002$	N = 145	MUY INSATISFECHO (<2.10)	INSATISFECHO ($2.10-3.10$)	SATISFECHO ($3.11-4.20$)	MUY SATISFECHO (>4.20)
INFORMACIÓN PERCIBIDA					
	- 2 informaciones	-	-	4	1
	- 3 informaciones	-	-	4	21
	- 4 Informaciones	-	-	13	25
	- 5 Informaciones	-	-	4	32
	- 6 Informaciones	-	-	3	22
	- 7 Informaciones	-	-	3	5
	- 8 Informaciones	-	-	0	3
	- 9 informaciones	-	-	2	0
	- 10 informaciones	-	-	1	0
	- 11 informaciones	-	-	0	1
	- 15 informaciones	-	-	0	1
	TOTAL			34 (23,4%)	111 (76,6%)

Por otro lado, el estar “*satisfecho*” o “*muy satisfecho*” no afecta a la intención de “volver” y de “recomendar” el SUH en esta fase del estudio, pero debemos recordar una vez más, que ninguna de las personas que formaron parte de la muestra se encuentra en los gradientes “*insatisfecho*” o “*muy insatisfecho*” (**Figuras 48 y 49**).

Analizadas ambas fases del estudio (F_0 y F_1), procedemos a continuación a realizar la comparación entre ambas para conocer qué elementos de las diferentes dimensiones del cuestionario (Calidad Asistencial Percibida, Informe del Usuario y Criterios de Referencia) son los responsables de la diferencia en el **Grado de Satisfacción** halladas, así como los cambios que se han producido en cuanto al número de reclamaciones y de acontecimientos violentos.

De la misma forma identificamos aquellas variables que explican la “excelencia en la satisfacción” frente a la “satisfacción” en F_1 .

En definitiva evaluamos a continuación el impacto que ha tenido en el **Grado de Satisfacción**, la *Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes* en el Servicio de Urgencias del HCSC.

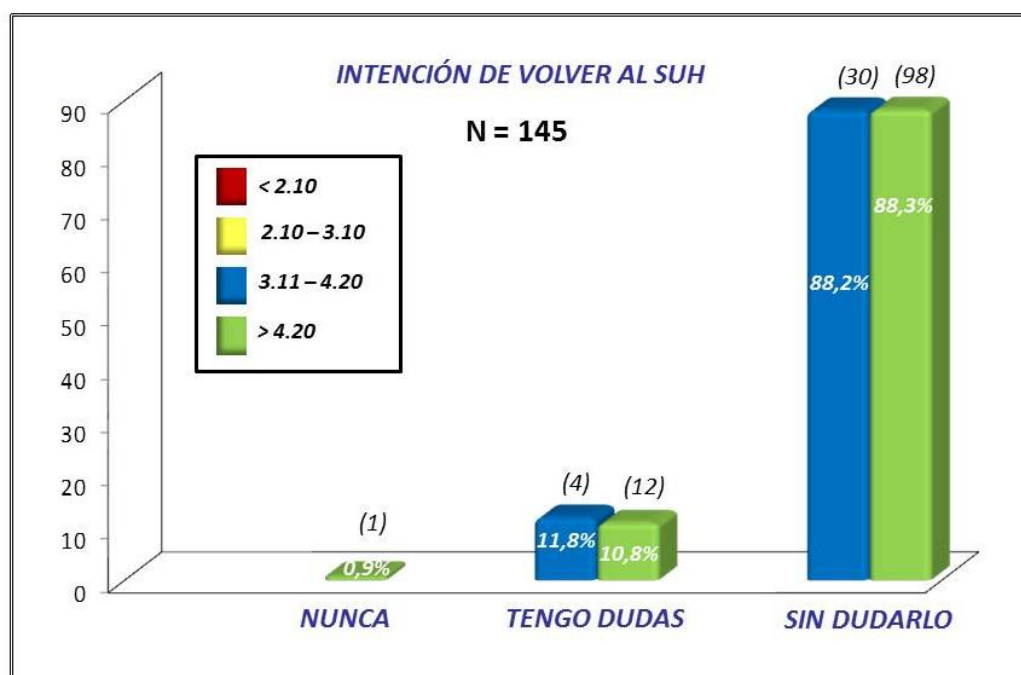


Figura 48.- Grado de Satisfacción y Criterios de Referencia (I)

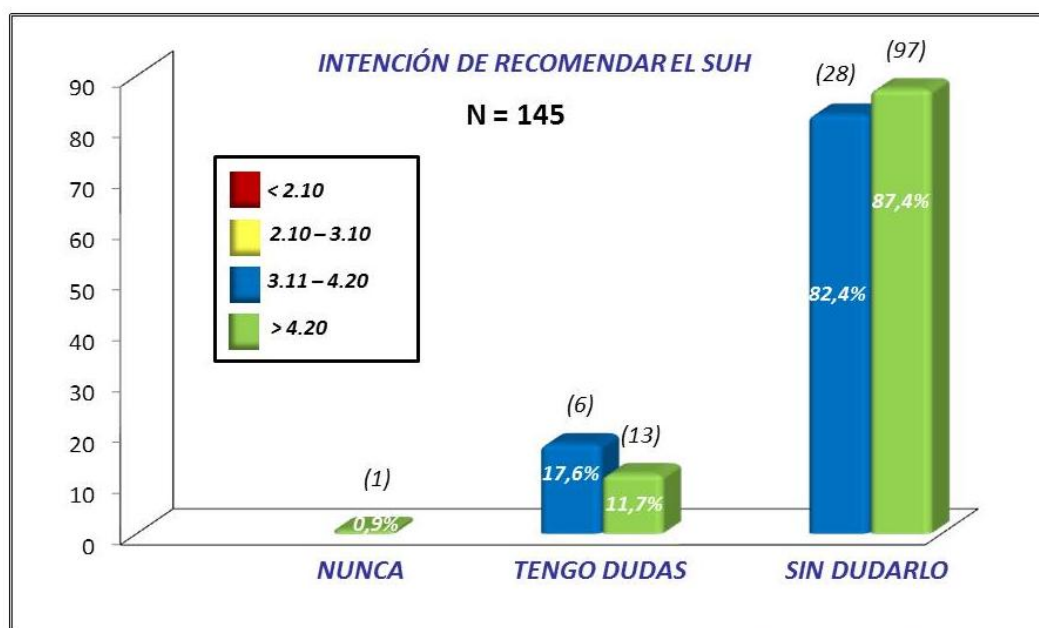


Figura 49.- Grado de Satisfacción y Criterios de Referencia (II)

Impacto de la Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes, en el Grado de Satisfacción

Como podemos apreciar en la **Tabla 27**, a pesar de que las personas que han formado parte de la muestra con las que hemos trabajado en ambas fases del estudio (F_0 y F_1) no han sido controladas, excepto en cuanto al número y al turno de ingreso se refiere, ambas muestras son homogéneas en cuanto a las variables socio-demográficas (género y edad de pacientes y familiares y acompañantes, y tipo de relación que les une), con la única excepción del nivel de formación ($p=0,001$).

Tabla 27.- Comparación de las muestras y variables Socio-Demográficas F_0 Vs. F_1

N= 290 (n= 145)							
	F_0 n(%)	F_1 n(%)	Sig. (p)		F_0 \bar{X} (DE)	F_1 \bar{X} (DE)	Sig. (p)
V. Cualitativas				V. Cuantitativas			
Turno Ingreso							
M	60(41,4)	26(17,9)	$p<0,001$				
T	52(36)	62(42,8)					
N	33(22,6)	57(39,3)					
Motivo Cuest.							
Alta	90(62,1)	74(51)	$p<0,001$				
Fin Servicio	44(30,3)	26(18)					
Ausencia	11(7,6)	45(31)					
Género Paciente				Edad Paciente	72(18)	74(16)	$p=0,443$
Hombre	76(52,4)	77(52,4)	$p=0,906$				
Mujer	69(47,6)	68(47,6)					
Género Fam./Acomp.				Edad Fam./Acomp.	54(16)	55(15)	$p=0,469$
Hombre	53(36,6)	43(29,7)	$p=0,212$				
Mujer	92(63,4)	102(70,3)					
Tipo Relación							
Familiar	141(97,2)	137(94,5)	$p=0,238$				
Acompañante	4(2,8)	8(5,5)					
Nivel Estudios							
Sin Estudios	17(11,7)	2(1,4)	$p=0,001$				
Est. Primarios	31(21,4)	50(34,5)					
Bachiller / FP	53(36,6)	58(40)					
Est. Universit.	44(30,3)	35(24,1)					

También encontramos diferencias significativas ($p < 0,001$) en relación con el turno en que se producía el ingreso en el SUH dado a que, como ya hemos señalado, hemos pretendido distribuir la muestra en ambas fases de acuerdo con la demanda estacional que tiene el Servicio de Urgencias del HCSC .

En la misma **Tabla 27**, observamos que la causa que motivó la administración del cuestionario es una variable que presenta diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) muy favorables para nuestros objetivos: se produce un aumento significativo en el número de familiares y acompañantes que deciden ausentarse del SUH para resolver asuntos personales en F_1 dado que han tenido conocimiento continuo acerca de la evolución del paciente y que incluso han podido acompañarle en el 91% de los casos.

Todos los ítems que conforman la dimensión de la *Calidad Asistencial Percibida* presentan diferencias estadísticamente significativas entre F_0 Vs. F_1 ($p < 0,001$) como reflejamos en la **Tabla 28**.

De hecho, podemos apreciar, que ningún usuario percibe como “*mucho peor*” o “*peor*” durante F_1 los aspectos relacionados con la “Confianza y seguridad” que transmite el personal, con la “Preparación-capacitación” de los profesionales, con la “Amabilidad en el trato”, con el “Interés demostrado por los familiares y los acompañantes” o con el “Trato personalizado” ofrecido a éstos. Durante F_1 solo encontramos percibidos como “*mucho peor*” y/o “*peor*” por el 0,7% de la muestra (1 usuario), los ítems referidos a la “Cantidad de información brindada por los profesionales de enfermería”, a la “Calidad de la comunicación” de estos profesionales y a la “Cantidad de información clínica” brindada. Los aspectos relacionados con la “Información brindada por el personal médico”, el “Tiempo de espera para la primera atención” y el “Tiempo de espera total” han

sido los peor percibidos durante F_1 y, aún así, en el peor de los casos hablamos del 5,5% de la muestra (8 usuarios).

Tabla 28.- Asociación Calidad Asistencial Percibida F_0 Vs. F_1

N= 290 (n= 145)		F_0 n (%)	F_1 n (%)	Sig. (p)
Confianza-Seguridad	Mucho peor	10(6,9)	0	$p<0,001$
	Peor	11(7,6)	0	
	Como esperaba	50(34,5)	9(6,2)	
	Mejor	48(33,1)	28(19,3)	
	Mucho mejor	26(17,9)	108(74,5)	
Preparación-Capacitación	Mucho peor	8(5,5)	0	$p<0,001$
	Peor	9(6,2)	0	
	Como esperaba	51(35,2)	18(12,4)	
	Mejor	49(33,8)	27(18,6)	
	Mucho mejor	28(19,3)	100(69)	
Amabilidad en el trato	Mucho peor	8(5,5)	0	$p<0,001$
	Peor	16(11)	0	
	Como esperaba	25(17,2)	2(1,4)	
	Mejor	51(35,2)	10(6,9)	
	Mucho mejor	45(31)	133(91,7)	
Interés Familia/Acompañantes	Mucho peor	23(15,9)	0	$p<0,001$
	Peor	26(17,9)	0	
	Como esperaba	42(29)	4(2,7)	
	Mejor	31(21,4)	21(14,5)	
	Mucho mejor	23(15,9)	120(82,8)	
Trato personalizado	Mucho peor	23(15,9)	0	$p<0,001$
	Peor	20(20)	0	
	Como esperaba	40(27,6)	1(0,7)	
	Mejor	35(24,1)	23(15,9)	
	Mucho mejor	18(12,4)	121(83,4)	
Información enfermería (14 Vs. 145)	Mucho peor	4(28,6)	1(0,7)	$p<0,001$
	Peor	5(35,7)	1(0,7)	
	Como esperaba	3(21,4)	1(0,7)	
	Mejor	1(7,1)	28(19,3)	
	Mucho mejor	1(7,1)	114(78,6)	
Información médica	Mucho peor	29(20)	8(5,5)	$p<0,001$
	Peor	33(22,8)	4(2,8)	
	Como esperaba	46(31,7)	21(14,5)	
	Mejor	29(20)	37(25,5)	
	Mucho mejor	8(5,5)	75(51,7)	
Calidad Comunicación enfermería (12 Vs. 145)	Mucho peor	3(25)	1(0,7)	$p<0,001$
	Peor	5(41,7)	1(0,7)	
	Como esperaba	2(16,7)	3(2)	
	Mejor	1(8,3)	33(22,8)	
	Mucho mejor	1(8,3)	107(73,8)	

. / ..

.. / ..

Cantidad Información Clínica	Mucho peor	42(29)	1(0,7)	p<0,001
	Peor	52(35,9)	0	
	Como esperaba	31(21,4)	9(6,2)	
	Mejor	10(6,9)	23(15,9)	
	Mucho mejor	10(6,9)	112(77,2)	
Tiempo espera 1ª Atención	Mucho peor	20(13,9)	2(1,4)	p<0,001
	Peor	11(7,6)	5(3,4)	
	Como esperaba	46(31,9)	18(12,4)	
	Mejor	36(25)	33(22,8)	
	Mucho mejor	31(21,5)	87(60)	
Tiempo espera total	Mucho peor	43(29,7)	7(4,8)	p<0,001
	Peor	29(20)	4(2,9)	
	Como esperaba	52(35,9)	45(31)	
	Mejor	11(7,6)	44(30,3)	
	Mucho mejor	10(6,9)	45(31)	
Satisfacción Global	Mucho peor	17(11,7)	0	p<0,001
	Peor	19(13,1)	2(1,4)	
	Como esperaba	62(42,8)	6(4,1)	
	Mejor	32(22,1)	37(25,5)	
	Mucho mejor	15(10,3)	100(69)	

Por tanto la intervención ha provocado, en nuestro estudio, un aumento en el **Grado de Satisfacción** estadísticamente significativo en todos los ítems que conforman la dimensión *Calidad Asistencial Percibida*.

En cuanto a la dimensión *Informe del Usuario (Tabla 29)* también hemos obtenido una mejora significativa en todos los casos entre F_0 Vs. F_1 , con una $p<0,001$ para todas las variables cualitativas, con excepción de la relacionada con la información acerca de “Dónde debían esperar” los familiares y acompañantes que presenta una $p=0,001$. En todos los casos ha aumentado el porcentaje de usuarios que manifiesta haber recibido información relacionada con la dinámica asistencial y con los profesionales, durante su estancia en el SUH. El único ítem que presenta una diferencia significativa “desfavorable” a nuestros objetivos es el de la “Información al alta”, debido probablemente, como ya hemos explicado, al hecho de que al haber existido un flujo continuo

de información acerca de la evolución clínica del paciente, no se produjo el hecho explícito de ofrecer información específica en el momento del alta del paciente.

Tabla 29.- Asociación Informe del Usuario (I) F_0 Vs. F_1

N= 290 (n=145)		F_0 n (%)	F_1 n (%)	Sig. (p)
Dónde esperar	Si	129(89)	139(95,9)	$p=0,001$
	No	16(11)	6(4,1)	
Funcionamiento SUH	Sí	56(38,6)	107(73,8)	$p<0,001$
	No	89(61,4)	38(26,2)	
Pruebas al paciente	Si	83(57,2)	141(97,2)	$p<0,001$
	No	62(42,8)	4(2,8)	
Tiempo hasta resultados	Si	45(31)	117(80,7)	$p<0,001$
	No	100(69)	28(19,3)	
Acompañar al paciente	Si	112(77,2)	132(91)	$p<0,001$
	No	33(22,8)	13(9)	
Información al alta	Sí	68(46,9)	35(24,1)	$p<0,001$
	No	77(53,1)	110(75,9)	
Nombre del médico	Si	16(11)	62(42,8)	$p<0,001$
	No	129(89)	83(57,2)	
Nombre prof. enf^a asistencial	Si	5(3,4)	82(56,6)	$p<0,001$
	No	140(96,6)	63(43,4)	
Nombre prof. enf^a información	Si	-	141(97,2)	-
	No	-	4(2,8)	

Entendemos necesario hacer notar por otro lado, que la presencia del profesional de enfermería que ofrecía la información continua y periódica es la base de nuestra intervención y, que este servicio no se ofreció durante F_0 , no siendo posible establecer asociación alguna entre F_0 Vs. F_1 , representando no obstante el 2,8% de la muestra (4 usuarios) los que manifiestan no conocer el “Nombre del profesional de enfermería” que ofrecía al información sobre la evolución del paciente.

Los ítems cuantitativos de esta misma dimensión tienen un comportamiento similar, presentando también diferencias significativas entre F_0 Vs. F_1 ($p < 0,001$) tal y como representamos en la **Tabla 30**.

Tabla 30.- Asociación Informe del Usuario (II) F_0 Vs. F_1

N= 290 (n=145)	F_0	F_1	Sig. (p)
	\bar{x} (DE)	\bar{x} (DE)	
<i>Tiempo espera real</i>	4:55(1:40)	3:55(1)	$p < 0,001$
<i>Tiempo espera percibido</i>	5:32(2)	4:22(1:18)	$p < 0,001$
<i>Información clínica percibida</i>	2(1)	5(2)	$p < 0,001$
<i>Información clínica real</i>	-	5(1)	
<i>Tiempo inter - informaciones</i>	-	0:44(0:08)	

Hay que recordar que la reducción significativa en el “Tiempo de espera real” no obedece a una disminución real de este tiempo, al menos no entendido como “Tiempo de permanencia real en el SUH”; el tiempo real objetivado, recordemos que es el tiempo transcurrido desde la llegada al SUH hasta el momento de cumplimentar el cuestionario por lo que esta disminución se explica por el mayor porcentaje de familiares y acompañantes que deciden ausentarse del SUH (y que hemos reflejado en la **Tabla 27**) al sentirse seguros y tranquilos por la atención que han ido recibiendo durante F_1 .

Como ocurría en la dimensión anterior no se ha podido establecer correlación alguna en relación con la “Información clínica real” y con el “Tiempo inter-informaciones” ya que son el objeto de la intervención.

Así, de nuevo la intervención ha provocado un aumento en el **Grado de Satisfacción** estadísticamente significativo en todos los ítems que conforman la dimensión *Informe del Usuario*.

La **Tabla 31** muestra la asociación hallada en relación con los *Criterios de Referencia* entre F_0 Vs. F_1 ; podemos apreciar que solo un 0,7% de la muestra (1 usuario) manifieste que no volvería ni recomendaría el Servicio de Urgencias del HCSC “nunca” durante F_1 a favor de los que “no dudarían” en utilizarlo de nuevo o en recomendarlo.

También en este caso la intervención objeto de esta Tesis Doctoral ha mejorado el **Grado de Satisfacción** de los usuarios de forma significativa ($p<0,001$).

Tabla 31.- Asociación Criterios de Referencia (I) y (II) F_0 Vs. F_1

N= 290 (n=145)		F_0 n (%)	F_1 n (%)	Sig. (p)
Volvería a utilizar el SUH				
	Nunca	17(11,8)	1(0,7)	$p<0,001$
	Tengo Dudas	54(37,2)	16(11)	
	Sin Dudar	74(51)	128(88,3)	
Recomendaría el SUH				
	Nunca	25(17,2)	1(0,7)	$p<0,001$
	Tengo Dudas	60(41,4)	19(13,1)	
	Sin Dudar	60(41,4)	125(86,2)	

Por último, la **Tabla 32** recoge la comparación del *Grado de Satisfacción* entre F_0 Vs. F_1 , pudiendo apreciar que existen diferencias significativas entre ambas

fases ($p < 0,001$). Ninguna de las personas que formaron parte de la muestra en (F_1) manifestó sentirse “*muy insatisfecha*” o “*insatisfecha*”, frente al 15,2% y al 36,6% respectivamente en F_0 (**Tabla 8 Vs. Tabla 21**).

Tabla 32.- Comparación del Grado de Satisfacción F_0 Vs. F_1

N= 290 (n=145)		F_0 n (%)	F_1 n (%)	Sig. (p)
Muy Insatisfecho	(<2.10)	22(15,2)	0	$p < 0,001$
Insatisfecho	(2.10-3.10)	53(36,6)	0	
Satisfecho	(3.11-4.20)	56(38,6)	34(23,4)	
Muy Satisfecho	(>4.20)	14(9,6)	111(76,6)	

Podemos observar que la puesta en marcha de la *Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes* en el Servicio de Urgencias del HCSC, ha mejorado tanto la Calidad Asistencial Percibida por los usuarios, como su **Grado de Satisfacción** y el reconocimiento del hospital y de sus profesionales, hecho que queda puesto de manifiesto por los resultados obtenidos en la comparación estadística entre F_0 Vs. F_1 (**Tablas 27 a 32**) y los cambios producidos en las sugerencias y comentarios (**Figuras 18 a 21 Vs. Figuras 40 a 43**) entre ambas fases del estudio.

Todo ello se traduce además, en una reducción del 80% en el número total de eventos violentos entre F_1 Vs. F_0 y del 72,7% de aquellos relacionados de forma específica con la percepción de la calidad asistencial que tienen los usuarios en cada momento (**Tabla 33**).

Tabla 33.- Eventos Violentos acontecidos F_0 Vs. F_1

	F_0 n (%)	F_1 n (%)	$F_0 - F_1$ n (%)
TOTAL	15 (100)	3 (100)	12 (80)
Tiempo espera Falta Información	11 (73,3)	3 (100)	8 (72,7)
Otros	4 (26,7)	0	-

Igualmente hemos objetivado una disminución del 22,7% en el número total de reclamaciones presentadas en F_1 Vs. F_0 , y del 53% en aquellas motivadas por la calidad asistencial percibida como refleja la **Tabla 34**; si bien ha habido un aumento del 80% de las reclamaciones (5 Vs. 9 reclamaciones) motivadas por cuestiones relacionadas con la disconformidad con la atención y el desacuerdo con las normas del SUH entre F_0 Vs. F_1 (**Figura 24 Vs. Figura 46**) que intentaremos explicar en la Discusión del estudio.

Tabla 34.- Reclamaciones interpuestas F_0 Vs. F_1

	F_0 n (%)	F_1 n (%)	$F_0 - F_1$ n (%)
TOTAL	22 (100)	17 (100)	5 (22,7)
Demora Atención Falta Información	17 (77,3)	8 (47)	9 (53)
Otros	5 (22,7)	9 (53)	-4 (-80)

Entendimos oportuno y necesario establecer un modelo de regresión logística que pusiera de manifiesto cuáles son las variables y los ítems que se han asociado a la mejora del grado de satisfacción entre F_1 Vs. F_0 y cuáles explican

la “*excelencia en la satisfacción*” encontrada en F_1 , identificada con el hecho de manifestarse como “*muy satisfecho*”. Nos centramos en esta categoría (la *excelencia en la satisfacción*) dado que ningún sujeto de la muestra se ha manifestado como “*muy insatisfecho*” o “*insatisfecho*” durante F_1 , y con el fin de identificar áreas y aspectos que deberíamos mantener y potenciar por tener un mayor efecto en la satisfacción de los usuarios, así como aspectos en los que sería necesario seguir mejorando.

En este sentido, como plasmamos en la **Tabla 35**, hemos encontrado de acuerdo con el odds ratio (OR) o razón de posibilidades, que el **Grado de Satisfacción** de los usuarios es 30,5 veces mayor en F_1 Vs. F_0 (OR=30,5; IC: 95% 15,6-59,8; $p<0,001$), de forma genérica.

Pero, debido a que existen diferencias significativas en alguna de las variables independientes entre F_1 Vs. F_0 (turno de ingreso, motivo de cumplimentación del cuestionario y nivel de estudios) hemos calculado la “odds ratio ajustada” (OR_{aj}) para estas variables, recogida en la misma **Tabla 35** (OR_{aj}= 36,8; IC:95% 16,9-80,4; $p<0,001$). De esta forma, podemos observar que utilizar el SUH durante el turno de noche, que el motivo para cumplimentar el cuestionario sea el alta del paciente y que tener un nivel de estudios primarios, son variables que explican la mejora del **Grado de Satisfacción** en F_1 en relación con F_0 en 36,8 veces.

Las variables socio-demográficas no muestran una significación estadística en las diferencias en el **Grado de Satisfacción** entre F_0 y F_1 , excepto el nivel de estudios como acabamos de reflejar; pero todos los ítems de las dimensiones de la Calidad Asistencial Percibida y del Informe del Usuario intervienen significativamente en la mejora del **Grado de Satisfacción**.

Tabla 35.- Mejora del Grado de Satisfacción F_1 Vs. F_0

OR F_1 Vs. F_0	OR	IC 95%	Sig. (p)
Intervención F_1 Vs. F_0	30,5	15,6-59,8	$p<0,001$

OR _{aj} F_1 Vs. F_0	OR _{aj}	IC 95%	Sig. (p)
Intervención F_1 Vs. F_0	36,8	16,9-80,4	$p<0,001$
Turno Cuestionario			
M	1		
T	1,7	0,7-4,1	
N	4,1	1,6-10,7	$p=0,004$
Motivo Cuestionario			
Fin Turno	1		
Ausencia Familiar /Acompañante	0,7	0,2-2,0	
Alta del paciente	1,7	0,7-4,3	$p=0,096$
Nivel de Estudios			
Sin estudios	1		
Estudios Primarios	1,6	0,3-8,7	$p=0,040$
Bachiller / FP	0,5	0,1-2,8	
Estudios Universitarios	0,7	0,2-4,0	

Sin embargo, la **Tabla 36** sí muestra que ser mujer y tener estudios primarios constituyen variables que explican la *excelencia en la satisfacción* en F_1 ; es decir que la *excelencia en la satisfacción*, frente a la satisfacción, es 3,1 veces más frecuente entre las mujeres y 6,7 veces más frecuente cuando se tiene un nivel de estudios primarios o superior ($p=0,009$ y $p=0,041$ respectivamente).

El análisis de la dimensión *Calidad Asistencial Percibida*, pone de manifiesto que por orden de impacto, los ítems que explican la *excelencia en la satisfacción* son la “Información clínica ofrecida por los profesionales de enfermería” ($p=0,009$), el “Interés mostrado hacia los familiares y

acompañantes” ($p=0,025$), la “Cantidad de información clínica ofrecida” ($p=0,006$), la “Capacitación” de los profesionales ($p=0,007$) y la “Información ofrecida por el profesional médico” ($p=0,006$).

En cuanto a los ítems que más condicionan la *excelencia en la satisfacción* en la dimensión del *Informe del Usuario*, son el hecho de conocer el “Nombre del profesional de enfermería que ofrece información” acerca de la evolución clínica del paciente ($p=0,039$), seguida de la información del “Tiempo que transcurrirá hasta que se pueda tener algún resultado” ($p<0,001$) y, finalmente, de la “Información ofrecida en el momento del alta” ($p=0,041$). Las variables cuantitativas de esta dimensión no condicionan la *excelencia en la satisfacción* frente a la satisfacción, es decir, que cuando la atención prestada genera el máximo grado de satisfacción en los usuarios, los tiempos de espera real y subjetivo no son determinantes, frente a la información clínica que sí lo es.

Tabla 36.- Variables Socio-Demográficas que explican la excelencia en la satisfacción en F_1

$OR_{aj} F_1$	OR_{aj}	IC 95%	Sig. (p)
Género:			
Hombre	1		
Mujer	3,1	1,3-7,1	$p=0,009$
Nivel de Estudios			
Sin estudios	1		
Estudios Primarios	6,7	0,3-13,4	
Bachiller / FP	1,7	0,1-31,3	$p=0,041$
Estudios Universitarios	2,8	0,1-56,7	

Así, las variables que explican la “*excelencia en la satisfacción*” en nuestro estudio son las que relacionamos a continuación:

- Ser mujer
- Tener un nivel de estudios primarios
- La capacitación de los profesionales del SUH
- El interés mostrado por los familiares y los acompañantes del paciente
- Conocer el tiempo que transcurrirá hasta obtener resultados
- Recibir instrucciones en el momento del alta
- La información ofrecida por el profesional médico
- La cantidad de información clínica que se brinda
- Recibir información clínica sobre la evolución del paciente por parte del profesional de enfermería y,
- Conocer el nombre del profesional de enfermería que ofrece la información clínica.

DISCUSIÓN

Discusión

Entendemos que la necesidad de humanizar la atención sanitaria en nuestros SUH, hace indispensable la consideración del paciente y de su entorno socio-familiar a lo largo de todo el proceso asistencial, al constituir un elemento esencial en todo el proceso de salud-enfermedad y especialmente cuando se precisa una atención urgente.

Diferentes autores han puesto de manifiesto que la incorporación activa de la familia en el proceso asistencial resulta positiva en la evolución del paciente, y a su vez redunda positivamente en el propio entorno socio-familiar, amén de que ha sido percibido de forma satisfactoria por los propios profesionales sanitarios^(27-29,35,111-113).

Todo ello repercute de manera positiva en la calidad asistencial percibida por los usuarios frente a los SUH, y con ello en su grado de satisfacción. A pesar de ello, la mayoría de los estudios realizados en torno al grado de satisfacción de los familiares y acompañantes de los pacientes se han centrado en Servicios de Urgencias Pediátricos^(112,113), excluidas en nuestro estudio, y en Unidades de Cuidados Paliativos^(29,111,114,115).

Probablemente este interés radica en que por las características del paciente en ambos casos, resulta necesaria la presencia del familiar o acompañante al estar dificultada la comunicación, en muchas ocasiones, con los propios pacientes ya sea por su edad como por lo crítico de su situación clínica. De cualquier manera, sus conclusiones han sido de especial interés en nuestro estudio puesto que comparten muchas de las características de los SUH en cuanto a la relación con su ser querido.

En los SUH generales, los estudios relacionados con el grado de satisfacción se han centrado mayoritariamente en el paciente que ingresa en los mismos^(59,116,117), siendo realmente escasas aún las publicaciones e investigaciones que se interesan por conocer el grado de satisfacción de los familiares y acompañantes de los pacientes^(25,26,35,118,119). Por esta razón, el objeto de nuestro estudio han sido precisamente los familiares y acompañantes de los pacientes, usuarios de derecho del Sistema Sanitario, que presentan necesidades muy concretas durante su estancia en el SUH.

Hay que tener en cuenta no obstante, que muchos de los estudios mencionados aplican, para evaluar la calidad asistencial percibida y el grado de satisfacción de los pacientes, un cuestionario telefónico o mediante correo postal al que, según ponen de manifiesto los diferentes autores, responden indistintamente los propios pacientes o su acompañante en el momento en que utilizó el SUH correspondiente, o bien, no es realmente posible conocer quien ha respondido^(60,116,117). En otras ocasiones el cuestionario se administra en el propio SUH de forma personal, pero también es contestado conjuntamente por el paciente o su familiar o acompañante^(120,121).

Entendemos por todo lo analizado, que aunque el interés de los estudios en esta línea se centra mayoritariamente en conocer la calidad asistencial percibida y el grado de satisfacción de los pacientes, en realidad los resultados que se obtienen no se sustraen a las expectativas y las experiencias de “los otros usuarios” de los SUH, los familiares y los acompañantes, razón por la que consideramos de gran utilidad sus conclusiones a la hora de plantear nuestro estudio.

De acuerdo con otros autores^(29,35,113,114), constatamos que la familia constituye el principal soporte para los pacientes que acuden al SUH y que la mujer es la principal proveedora de cuidados de salud; en nuestro caso especialmente en la figura de pareja, hija y madre del paciente en ambas fases del estudio.

El grado de satisfacción de los usuarios con el funcionamiento habitual de los SUH, presenta una cierta variabilidad en los diferentes estudios analizados^(35,116,121) obteniendo porcentajes de población satisfecha con la atención recibida del 63,2%, del 84,6% e incluso del 89,8%; pero, en cualquier caso, el grado de satisfacción en todos ellos es superior al que hemos encontrado en nuestro estudio en F_0 que fue del 48,2%; entendemos que esto se puede deber a diversos factores entre los que destacan la metodología del estudio, ya que se trata de estudios descriptivos en los que el cuestionario se aplica indistintamente a pacientes y/o familiares y acompañantes ya sea mediante entrevista telefónica o por correo postal, o bien, de manera personal por los propios profesionales de enfermería del SUH identificados mediante su uniforme aunque, eso sí, fuera de su horario laboral, es decir que no habían tenido ningún contacto ni con el paciente ni con sus acompañantes.

A nuestro juicio el hecho de que los propios profesionales objeto de valoración administren el cuestionario puede introducir un sesgo de complacencia, aún no habiendo sido ellos personalmente los encargados del proceso asistencial, y que el hecho de que hubieran transcurrido entre 15 días y 2 ó 3 meses de su paso por el SUH ha podido introducir un sesgo de memoria; por otro lado, la situación aguda que genera ansiedad e incertidumbre ya ha sido solventada y esto hace también que la percepción de lo acontecido en el SUH varíe y, con ella, la valoración final de la calidad del servicio prestado.

Otro aspecto que debemos considerar al respecto es que en nuestro estudio hemos eliminado de la escala cualitativa, en la dimensión de la *Calidad Asistencial Percibida*, el estadio neutro (“como esperaba”) para elaborar nuestra escala de valoración del **Grado de Satisfacción**, lo cual hace que necesariamente al ser más exigentes, nuestros resultados no alcancen porcentajes de satisfacción más elevados en F_0 .

Sin embargo, la puesta en marcha de la *Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes* durante F_1 sí nos ha permitido constatar un **Grado de Satisfacción** superior entre nuestra población diana, a pesar de que mantenemos el mismo nivel de exigencia que en F_0 , de forma que no sólo no hay ningún participante insatisfecho (el 100% de la muestra presenta un buen grado de satisfacción), sino que el 76,6% se muestra “*muy satisfecho*”.

En relación con la influencia que tienen las variables socio-demográficas en el grado de satisfacción de los usuarios de los SUH, hemos encontrado también una gran variabilidad en los distintos estudios analizados; desde algunos en los que no se encuentran diferencias significativas en ninguna de las variables^(35,113,117,121) (género, edad, nivel de estudios), hasta aquellos en los que se encuentran diferencias de género y de nivel de estudios⁽⁶⁰⁾. En nuestro caso, en F_0 no hemos identificado relación alguna entre el grado de satisfacción de los familiares y acompañantes y las variables socio-demográficas analizadas; sin embargo durante F_1 , con la puesta en marcha de la *Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes*, sí hemos encontrado que ser mujer y tener un nivel de estudios primarios se asocia significativamente con estar “*muy satisfecho*” frente a ser hombre y tener estudios superiores. Este hecho contrasta con lo hallado por González

Canomanuel y cols.⁽¹²²⁾, que han obtenido asociación entre el bajo nivel cultural y ser un “acompañante conflictivo”.

La *Calidad Asistencial Percibida* ha mostrado en nuestro estudio una asociación clara con el **Grado de Satisfacción** de los familiares y acompañantes en todos los ítems durante F_0 ; como el resto de autores a los que hemos aludido, hemos encontrado que la percepción más desfavorable se centra en los ítems relacionados con el “Interés” y el “Trato”, la “Información recibida”, la “Calidad de la comunicación con los profesionales de enfermería”, con los que únicamente tuvieron oportunidad de relacionarse 14 individuos de nuestra muestra en esta primera fase, y con el “Tiempo de espera total” de acuerdo con los resultados de Ruiz Romero y cols.⁽¹¹⁶⁾, aunque este es un aspecto que debemos matizar de acuerdo con los resultados obtenidos en nuestro estudio en la dimensión *Informe del Usuario* en ambas fases.

Durante F_1 la dimensión *Calidad Asistencial Percibida*, muestra que también todos sus ítems se relacionan de forma significativa con el **Grado de Satisfacción** de los usuarios y que la medida en que sus expectativas se ven cubiertas o superadas, su satisfacción es mayor.

El *Informe del Usuario* a lo largo de F_0 en nuestro estudio, pone de manifiesto que las variables que más condicionan el **Grado de Satisfacción** de los familiares y acompañantes son el conocer “Qué pruebas se realizan al paciente” y el hecho de poder “Acompañar al paciente”, de acuerdo con lo que manifiestan otros autores^(8,62,116,123,124); pero nuestros resultados también ponen de manifiesto la insatisfacción que condiciona el hecho de no haber recibido “Información sobre el funcionamiento del SUH” ni del “Tiempo estimado para tener resultados” así como, de acuerdo con Blanco Abril y cols.⁽¹²¹⁾, el no haber

recibido “Recomendaciones al alta”. En definitiva la falta de información a los familiares y acompañantes condiciona de forma negativa su **Grado de Satisfacción**.

A lo largo de F_1 hemos podido observar que conocer las “Pruebas que se realizan al paciente”, así como el “Tiempo estimado para tener resultados” junto con el “Nombre del profesional de enfermería que brindó la información” sobre la situación del paciente son, todas ellas, variables predictoras de un muy alto **Grado de Satisfacción** en nuestro estudio, de tal forma que tanto las “Recomendaciones al alta” como el hecho de poder “Acompañar al paciente”, pierden fuerza a la hora de marcar diferencias significativas entre la “satisfacción” y la “excelencia en la satisfacción”. Debemos tener presente que todo ello sucede cuando toda la población estudiada se siente “satisfecha” o “muy satisfecha” como es nuestro caso tras iniciar el funcionamiento de la *Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes* y, como analizamos a continuación, cuando se está brindando información puntual y continua sobre la evolución del paciente, y se está favoreciendo el acompañamiento al mismo siempre que la situación del SUH lo permite.

En este sentido pudimos constatar, que durante F_0 tanto el “Tiempo de espera real” como el “Tiempo de espera percibido” y la “Cantidad de Información clínica” que perciben haber recibido presentan una relación estadísticamente significativa con el **Grado de Satisfacción**, de acuerdo con otros autores^(35,116,121). Aunque cuando intervenimos introduciendo acciones de mejora, aumentando la cantidad y la calidad de la “Información clínica” encontramos que realmente, no son los tiempos de espera los condicionan la satisfacción de los usuarios, sino que son la “Información clínica percibida” y la “Información clínica real” brindada por los profesionales de enfermería

específicamente entrenados, los que cobran protagonismo a la hora de establecer diferencias entre la “satisfacción” y la “excelencia en la satisfacción”.

De esta forma, en la línea de otras investigaciones^(117,118), encontramos que no sólo no es el “Tiempo real de espera” el que condiciona el **Grado de Satisfacción** de los usuarios, sino que incluso el “Tiempo de espera percibido” puede ver modificada la influencia que describen otros estudios^(34,73,117) mediante su dinamización a través de la información sobre aspectos relacionados con la dinámica y funcionamiento del SUH, sobre la evolución del paciente, tanto real como percibida por los usuarios, ofrecida de manera continua y periódica, con un intervalo medio de 44(8) minutos, por profesionales formados en este sentido y con la inclusión de intervenciones de Educación para la Salud acordes con la situación que originó la demanda asistencial en el SUH^(25,26).

De hecho la “Información clínica percibida”, condiciona en nuestro estudio de forma clara el **Grado de Satisfacción** de los familiares y acompañantes incluidos en la muestra, tanto en F_0 como en F_1 .

El estudio realizado por Correia Loureiro y cols.⁽¹²⁰⁾, pone de manifiesto que el **Grado de Satisfacción** influye de manera notable en la intención de los usuarios para “Volver a utilizar el SUH” en caso de poder elegir y para “Recomendar el SUH” a otras personas de acuerdo a su experiencia en el mismo. En nuestro caso, los familiares y acompañantes del paciente que muestran un mayor **Grado de Satisfacción** son los que mayoritariamente manifiestan que volverían a utilizar y que recomendarían el Servicio de Urgencias del HCSC “sin dudarlo” en ambas fases, aunque hemos de reconocer que un 0,9% (1 sujeto) de la muestra durante F_1 manifiesta que no

volvería ni recomendaría “*nunca*” el servicio a pesar de manifestarse como “muy satisfecho”; de la población “satisfecha”, el 11,8(%) (4 sujetos) “*tienen dudas*” para regresar al SUH y el 17,6% (6 sujetos) para recomendarlo; de la población que se manifiesta “muy satisfecha” el 10,8% (12 sujetos) “*tienen dudas*” para regresar y el 11,7% para recomendar el SUH.

Los incidentes violentos han sido también objeto de análisis en diferentes estudios coincidiendo en el hecho de que los SUH, por sus especiales características, son los escenarios en los que más frecuentemente aparecen^(36,81-83,122,125), señalando habitualmente al “Tiempo de espera percibido” como su principal condicionante así como la presencia del familiar o acompañante del paciente como principal agresor.

Nuestros resultados coinciden en la figura del familiar o acompañante como agresor mayoritario en ambas fases del estudio, pero debemos insistir en que dinamizar el “Tiempo de espera” ofreciendo “Información sobre la evolución del paciente” cada 45 minutos y, en definitiva, mejorando la atención a los usuarios contribuye de forma clara a aumentar el **Grado de Satisfacción** de los mismos y, con ello, a disminuir los eventos violentos en el SUH. De hecho en F_1 la causa de los eventos violentos fue, en todos los casos, la “Falta de información” y en ninguno de ellos el “Tiempo de espera”, si bien, en ningún caso fueron protagonizados por las personas incluidas en el estudio.

Entendemos que una posible explicación a esta situación, puede venir dada por la propia intervención que hemos realizado: los incidentes violentos fueron recogidos de entre todos los familiares y acompañantes de los pacientes, formaran o no parte de la muestra que ha participado en nuestro estudio; todos ellos compartían la sala de espera y, al analizar las sugerencias y comentarios

recogidos, hemos sido conscientes del malestar que ha podido provocar la diferente dinámica y atención que han recibido durante su estancia en el SUH unos y otros. Como ya hemos comentado no fue posible mantener el diseño original de la intervención, que contemplaba a todos los usuarios del SUH y no solo a una muestra, debido a las limitaciones de recursos humanos a las que nos hemos tenido que ir acomodando hasta llegar al diseño final que hemos aplicado.

Otro aspecto muy relacionado con el **Grado de Satisfacción** de los usuarios, es el relativo al alto porcentaje de reclamaciones que se cursan desde los SUH, que ha despertado el interés de diversos autores^(18,85,118,119,121) que proponen tanto mejorar la información como la calidad de la comunicación de los profesionales⁽¹²⁶⁾; ambos aspectos han sido parte de la intervención realizada durante la F_1 de nuestro estudio y, efectivamente han sido eficaces en la disminución en el número de reclamaciones durante el período de estudio.

Sin embargo y a pesar de esta reducción durante F_1 por razones relacionadas con la calidad de la atención recibida, hemos constatado un aumento considerable de reclamaciones (5 Vs. 9) por disconformidad y desacuerdo con la atención y las normas de funcionamiento del SUH. Las reclamaciones registradas proceden de todos los usuarios del SUH y, de nuevo, entendemos que el diferente trato percibido por los familiares y acompañantes que no han formado parte de la muestra a estudiar frente a los que fueron incluidos en el estudio, puede explicar este aumento de las reclamaciones por estos conceptos.

Uno de los aspectos más recurrentes en toda la literatura revisada es la necesidad de mejorar la formación y las habilidades de comunicación de los

profesionales sanitarios para mejorar la humanización de la atención sanitaria y el **Grado de Satisfacción** de los usuarios^(35,63,74,93,117,118,121,126-128); este ha sido el punto de partida en el planteamiento del estudio que hemos realizado: la cantidad de información brindada debe ir acompañada de calidad en el proceso de comunicación. Por esta razón el eje vertebrador del presente estudio ha sido el Programa de formación y entrenamiento en *“Habilidades de comunicación eficaz con los familiares y acompañantes de los pacientes en el servicio de urgencias”* específicamente diseñado para los profesionales del HCSC participantes en el mismo, con el objetivo de que la administración del cuestionario fuera realmente rigurosa y con criterios de actuación unificados, así como para garantizar un servicio de excelencia, no solo en la información sino en la atención general prestada a los familiares y acompañantes de los pacientes durante su permanencia en el SUH, que generase el más alto **Grado de Satisfacción** posible, es decir, un usuario *“supersatisfecho”*⁽⁶⁰⁾ **(ANEXO IV)**.

Teniendo en cuenta todas las variables analizadas, entendemos que la dificultad de reducir los tiempos de espera, tanto reales como percibidos, no es realmente un obstáculo para conseguir un mayor **Grado de Satisfacción** de los usuarios del SUH; la imagen social que nuestros SUH tienen actualmente ya implica para la población tiempos de espera prolongados, y parece que esto se asume dada la calidad científico-técnica de los mismos^(2,24-27). Puesto que la mayor insatisfacción aparece frente a la escasa humanización de la atención dispensada, introducir aspectos que mejoren la percepción en el sentido de una atención excelente, que consiga que los usuarios se sientan *“bien tratados”*, redundará en la consecución de la *“excelencia en la satisfacción”* como ponen de manifiesto los resultados de la implantación de la *Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes* en el Servicio de Urgencias del HCSC.

CONCLUSIONES

Conclusiones

1.- La *Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes* en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico de San Carlos, ha mejorado de forma significativa la Calidad Asistencial Percibida y el Grado de Satisfacción de los usuarios.

2.- La Calidad Asistencial Percibida por los familiares y acompañantes del paciente, presenta diferencias estadísticamente significativas entre la *Fase Inicial* y la *Fase de Intervención*.

3.- El Grado de Satisfacción de los familiares y acompañantes ha experimentado una mejora estadísticamente significativa entre la *Fase Inicial* y la *Fase de Intervención*, que se traduce en que todos los participantes se han mostrado “satisfechos” (23,4%) o “muy satisfechos” (76,6%) en la *Fase de Intervención*.

4.- La información acerca de la evolución del paciente cada 45 minutos y siempre que varía su situación clínica, facilitando el acompañamiento y ofreciendo intervenciones de Educación para la Salud, han dinamizado el tiempo de espera, mejorando la tolerancia al mismo.

5.- El conocimiento continuo de la situación clínica del paciente y poder acompañarle con más frecuencia, ha favorecido que los familiares y acompañantes decidan retomar sus actividades cotidianas no permaneciendo en la sala de espera de forma continua, lo que ha contribuido a disminuir la saturación en la misma.

6.- La mejora del Grado de Satisfacción ha disminuido en un 22,7% el número total de reclamaciones interpuestas desde el Servicio de Urgencias, y en un 53% aquellas relacionadas directamente con nuestra intervención.

7.- La mejora del Grado de Satisfacción ha reducido en un 80% la cifra total de incidentes violentos en el Servicio de Urgencias, y en un 72,7% los directamente relacionados con nuestra intervención.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Limitaciones del estudio

Probablemente una de las limitaciones más importantes de nuestro estudio radica en el hecho de que no nos ha sido posible realizar el seguimiento de las personas incluidas en la muestra hasta la resolución final del proceso que les llevó a utilizar el Servicio de Urgencias del HCSC. Es decir que lo deseable hubiera sido, como era nuestro diseño inicial, realizar la intervención de forma ininterrumpida durante las 24 horas al día, exactamente cómo funciona el SUH.

Las limitaciones en cuanto a la disponibilidad del personal de enfermería, tanto en cuanto a su número como al tiempo de dedicación, hicieron que tuviéramos que realizar la intervención en turnos delimitados, centrándonos en los turnos de trabajo al uso de estos profesionales y utilizando una semana para cada uno de ellos (mañana, tarde y noche) aunque sí pudimos realizarlas de forma consecutiva e ininterrumpida en ambas fases del estudio. Esto hizo que el que hemos denominado como “Tiempo real de permanencia en el SUH” se refiera, en realidad, al tiempo transcurrido desde el momento del ingreso hasta el momento de cumplimentar el cuestionario y no al tiempo que realmente los familiares estuvieron en el SUH, exceptuando los casos en los que el cuestionario se cumplimentó porque se decidió el alta del paciente, situación mayoritaria en ambas fases (62,1% de los casos en F_0 y 51% durante F_1).

Es posible que esta circunstancia hubiera variado los resultados obtenidos: quizá su percepción por el mayor tiempo de permanencia hubiera sido menos positiva, pero quizá, esa mayor dedicación y contacto con los profesionales hubieran resultado favorecedores para nuestros objetivos.

Lo que sí podemos constatar es que los familiares y acompañantes que voluntariamente decidieron ausentarse del SUH durante ambas fases varió

sustancialmente: 7,6% Vs. 31% en F_0 Vs. F_1 , lo que motivó que se administrara el cuestionario en estos casos reduciendo la finalización del turno de trabajo como motivo para administrar el cuestionario (30,3% Vs. 17,9% respectivamente).

Creemos que realizar el estudio en más de un hospital nos hubiera permitido comprobar la efectividad de nuestra intervención, ya que el estudio se ha ido adaptando necesariamente a las características que nos ha permitido el funcionamiento y la dinámica del Servicio de Urgencias del HCSC y sería deseable poder comprobar si los resultados obtenidos se reproducen en cualquier SUH.

En este sentido se está desarrollando, en la Comunidad Valenciana, un estudio de similares características que nos permitirá valorar objetivamente la efectividad de la puesta en marcha de la *Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes* del paciente que acude a un SUH. Pero, en cualquier caso, siempre será necesario realizar pequeñas adaptaciones en el diseño de acuerdo con las posibilidades y características propias de cada hospital y de la población a la que atiende.

Otro aspecto que, sin duda, hubiera mejorado la validez de nuestros resultados, lo constituye el hecho de haber podido trabajar con toda la población que acudió al SUH durante el desarrollo de ambas fases de nuestro estudio, y no con una muestra aleatoriamente seleccionada. En este caso, el estudio se hubiera llevado a cabo en condiciones absolutamente reales, y seguramente más justas y equitativas para las personas que no fueron incluidas en la intervención, y hubiéramos podido establecer las necesidades también reales en cuanto a la dotación de recursos humanos y materiales

necesarios para implementar la *Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes*.

Por todo ello sugerimos que las futuras investigaciones que se realicen en esta línea incorporen en la medida de lo posible, estas consideraciones que redundarán en una mayor rotundidad para afirmar que la incorporación de la *Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes* en las urgencias hospitalarias de nuestro Sistema Sanitario es oportuna, necesaria y rentable, tanto desde el punto de vista económico como social y sanitario.

ANEXOS

ANEXO I

“CUESTIONARIO ADAPTADO”

Encuesta de opinión sobre la Calidad de la Atención en Urgencias

El *Hospital Universitario de San Carlos* y concretamente, los profesionales del *Servicio de Urgencias*, queremos conocer su opinión, en calidad de *familiar o acompañante*, acerca de la calidad de la atención que han recibido ustedes durante su espera en el mismo. Con esta información pretendemos presentar una propuesta con el fin de mejorar la calidad de nuestro trabajo y, con ello, la satisfacción de todos ustedes durante el tiempo de espera en nuestro servicio.

Por este motivo nos dirigimos a usted solicitando su colaboración con el siguiente cuestionario, con la seguridad de que su opinión y su ayuda serán de gran utilidad para que podamos mejorar, introduciendo aquellas cuestiones que realmente respondan a sus necesidades, como *familiares y acompañantes* de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias.

Agradecemos la **máxima sinceridad** en sus respuestas y, por supuesto, su colaboración es **voluntaria y anónima**. Todas sus respuestas serán tratadas de forma **confidencial**.

Agradecemos sinceramente su interés y su atención, con la seguridad de que sus opiniones redundarán en beneficio de todos

La Dirección del Servicio de Urgencias

La Gerencia del Hospital

Encuesta de opinión sobre la Calidad de la Atención en Urgencias

Basándose en la experiencia actual señale si la Calidad Asistencial que le ha proporcionado este servicio de urgencias, como **familiar o acompañante**, ha sido mejor o peor de lo que Ud. esperaba. (De *mucho peor* de lo que esperaba, casilla 1, a *mucho mejor* de lo que esperaba, casilla 5)

EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN CARLOS

El personal que ha atendido a los familiares transmite la sensación de que sabe lo que se hace (confianza y seguridad)	1	2	3	4	5
La preparación (capacitación) de los profesionales para realizar su trabajo	1	2	3	4	5
La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con los familiares	1	2	3	4	5
El interés del personal por los familiares	1	2	3	4	5
El trato personalizado dado a los familiares	1	2	3	4	5
La información del personal de enfermería a los familiares durante el tiempo de espera	1	2	3	4	5
La información del personal médico a los familiares durante el tiempo de espera	1	2	3	4	5
La calidad de la comunicación y la atención del personal de enfermería con los familiares	1	2	3	4	5
La cantidad de información que ha recibido sobre la evolución de su familiar	1	2	3	4	5
El tiempo de espera hasta que su familiar ha sido atendido	1	2	3	4	5
El tiempo total que han estado en urgencias	1	2	3	4	5
La satisfacción global con la atención que han recibido como familiares y acompañantes	1	2	3	4	5

Clave de Respuesta:

- 1.- Mucho peor de lo que esperaba 4.- Mejor de lo que esperaba
2.- Peor de lo que esperaba 5.- Mucho mejor de lo que esperaba
3.- Como lo esperaba

Encuesta de opinión sobre la Calidad de la Atención en Urgencias

**MARQUE SENCILLAMENTE CON UNA "X" LA CASILLA QUE MEJOR REFLEJE SU OPINIÓN
COMO FAMILIAR O ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE**

- | | | | | |
|--|---|----------------------|---------|----------------------|
| ✓ Al llegar a Urgencias
¿Alguién les indicó dónde debían esperar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="text"/> | ¿Quién? | <input type="text"/> |
| ✓ ¿Alguién les ha orientado sobre el funcionamiento
del Servicio de Urgencias? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="text"/> | ¿Quién? | <input type="text"/> |
| ✓ ¿Les han informado de las pruebas que iban a realizar
o estaban realizando a su familiar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="text"/> | ¿Quién? | <input type="text"/> |
| ✓ ¿Les han informado del tiempo aproximado que pasaría
hasta tener resultados? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="text"/> | ¿Quién? | <input type="text"/> |
| ✓ ¿En algún momento les han facilitado ver a su familiar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="text"/> | ¿Quién? | <input type="text"/> |
| ✓ ¿Les han explicado lo que debían hacer cuando se fueran
de alta? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="text"/> | ¿Quién? | <input type="text"/> |

Encuesta de opinión sobre la Calidad de la Atención en Urgencias

MARQUE SENCILLAMENTE CON UNA "X" LA CAJILLA QUE MEJOR REFLEJE SU OPINIÓN COMO FAMILIAR O ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE

- ✓ ¿Cuánto tiempo han permanecido en Urgencias, aproximadamente? hs: min
- ✓ ¿Cuántas veces les han dado información durante este tiempo? veces
- ✓ ¿Conocen el nombre del médico que ha atendido a su familiar? ☐ Si ☐ No
- ✓ ¿Y el nombre del profesional de enfermería que le ha atendido? ☐ Si ☐ No
- ✓ ¿Conocen el nombre del profesional de enfermería que les ha mantenido informados a ustedes? ☐ Si ☐ No
- ✓ Como familiar o acompañante del paciente, si pudiera elegir entre otros hospitales ¿volvería a este Servicio de Urgencias?
☐ Sin dudarlo ☐ Nunca ☐ Tengo dudas
- ✓ ¿Recomendaría este servicio de urgencias a otras personas?
☐ Sin dudarlo ☐ Nunca ☐ Tengo dudas



SUGERENCIAS Y COMENTARIOS



Si hay alguna cuestión sobre la que no le hemos preguntado y tiene interés en manifestar su opinión, utilice este espacio para hacernos llegar sus comentarios que, sin duda, enriquecerán nuestras propuestas.

Handwriting practice lines consisting of 15 vertical dashed lines on a white background.

DE NUEVO AGRADECEMOS MUY SINCERAMENTE
SU AMABILIDAD Y COLABORACIÓN QUE, SIN DUDA,
CONTRIBUIRÁN AL BENEFICIO DE TODOS

FECHA: ____ / ____ / 2010

Identificación del familiar o acompañante

✓ Edad Años ✓ Género ☐ Hombre ☐ Mujer

✓ Parentesco o relación con el paciente

<input type="checkbox"/> Familiar	* Padre / Madre	* Abuelo / Abuela	* Tío / Tía
	* Hijo / Hija	* Nieto / Nieta	* Sobrino / Sobrina
	* Esposa / Esposo	* Primo / Prima	* Otro (Especificar)

☐ Otra Relación * Amigo/a
 * Vecino/a
 * Compañero/a de trabajo
 * Trabajador en domicilio o institución
 * Otros

✓ Estudios concluidos ☐ Sin estudios ☐ Primarios ☐ Bachiller / FP ☐ Universitarios

Identificación del paciente ✓ N° H.C.: _____ ✓ Fecha: _____

✓ Ubicación <input type="checkbox"/> URG A <input type="checkbox"/> URG B	✓ Edad <input type="text"/> Años	✓ Género <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
---	----------------------------------	---

✓ Hora de Ingreso Turno →

- * Hora 1ª Inf.: _____
- * Hora 2ª Inf.: _____
- * Hora 3ª Inf.: _____
- * Hora 4ª Inf.: _____
- * Hora 5ª Inf.: _____
- * Hora 6ª Inf.: _____
- * Hora 7ª Inf.: _____
- * Hora 8ª Inf.: _____
- * Hora 9ª Inf.: _____
- * Hora 10ª Inf.: _____

* Hora Alta / Cumplimentación SERVURG: _____

ANEXO II

“REGISTRO DE INFORMACIÓN CLÍNICA”

Identificación paciente

Nombre:				Edad:	años
H.C.:	Hora ingreso / alta:	:	:	Sexo:	H - M
Diagnóstico provisional:	Nivel de prioridad (color):				

Identificación familiar(es) principal(es)

Nombre:	Relación:
Edad:	años; Sexo: H-M
Nombre:	Relación:
Edad:	años; Sexo: H-M

Identificación de profesionales asistenciales

Profesional médico: Profesional de enfermería:

REGISTRO DE INFORMACIONES

[illegible]

Reverso ↑

Fdo. :
(Nombre y firma del profesional al ingreso)

Fdo. :
(Nombre y firma del profesional al alta)


Observaciones (Confidencial)	Nombre y firma del profesional

ANEXO III

“REGISTRO DE EVENTOS VIOLENTOS”

PROYECTO "INFO-FAMILIA": REGISTRO DE EVENTOS VIOLENTOS

ACTO VIOLENTO	PROFESIONAL AGREDIDO	AGRESOR	MOMENTO AGRESIÓN	CAUSA AGRESIÓN
Agresión Física Insultos Amenazas	Médico Auxiliar Enfª Informadores	Hombre Mujer	Fecha: / /	Tiempo Espera
			Turno:	Falta Información Otros (Especificar)
Agresión Física Insultos Amenazas	Médico Auxiliar Enfª Informadores	Hombre Mujer	Fecha: / /	Tiempo Espera
			Turno:	Falta Información Otros (Especificar)
Agresión Física Insultos Amenazas	Médico Auxiliar Enfª Informadores	Hombre Mujer	Fecha: / /	Tiempo Espera
			Turno:	Falta Información Otros (Especificar)
Agresión Física Insultos Amenazas	Médico Auxiliar Enfª Informadores	Hombre Mujer	Fecha: / /	Tiempo Espera
			Turno:	Falta Información Otros (Especificar)
Agresión Física Insultos Amenazas	Médico Auxiliar Enfª Informadores	Hombre Mujer	Fecha: / /	Tiempo Espera
			Turno:	Falta Información Otros (Especificar)
Agresión Física Insultos Amenazas	Médico Auxiliar Enfª Informadores	Hombre Mujer	Fecha: / /	Tiempo Espera
			Turno:	Falta Información Otros (Especificar)
Agresión Física Insultos Amenazas	Médico Auxiliar Enfª Informadores	Hombre Mujer	Fecha: / /	Tiempo Espera
			Turno:	Falta Información Otros (Especificar)
Agresión Física Insultos Amenazas	Médico Auxiliar Enfª Informadores	Hombre Mujer	Fecha: / /	Tiempo Espera
			Turno:	Falta Información Otros (Especificar)
Agresión Física Insultos Amenazas	Médico Auxiliar Enfª Informadores	Hombre Mujer	Fecha: / /	Tiempo Espera
			Turno:	Falta Información Otros (Especificar)
Agresión Física Insultos Amenazas	Médico Auxiliar Enfª Informadores	Hombre Mujer	Fecha: / /	Tiempo Espera
			Turno:	Falta Información Otros (Especificar)

Reverso 

OBSERVACIONES								
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--

ANEXO IV

***“PROGRAMA
DE FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO
EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN”***

PROGRAMA DE FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN
“HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EFICAZ
CON LOS FAMILIARES Y ACOMPAÑANTES
DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS”
(PARA EL HOSPITAL CLÍNICO DE SAN CARLOS)

INTRODUCCIÓN - JUSTIFICACIÓN

El Programa de Formación y Entrenamiento en *“Habilidades de Comunicación Eficaz con los Familiares y Acompañantes de los Pacientes en el Servicio de Urgencias”*, fue específicamente diseñado para cubrir, por un lado, las necesidades del Servicio de Urgencias del HCSC de acuerdo a su organización y características propias y, por otro lado, para cubrir los objetivos de nuestro estudio teniendo en cuenta el tipo de profesionales con los que finalmente íbamos a desarrollar el mismo: Profesionales de Enfermería e Informadores del hospital.

El Programa que presentamos a continuación ha sido realmente un elemento diferenciador clave para nuestro estudio, y ha constituido el verdadero eje vertebrador de la intervención que hemos desarrollado con la familia y los acompañantes de los pacientes en el Servicio de Urgencias del HCSC.

Uno de los primeros retos que asumimos dentro de los objetivos y contenidos del Programa, fue el de generar un verdadero equipo de trabajo con profesionales tan diferentes y heterogéneos en su cometido profesional y en su formación, y con vivencias tan lejanas y distintas en el día a día de su trabajo en el SUH. Por esta razón la cohesión de equipo, los trabajos y dinámicas de grupo y la comunicación interprofesional fueron aspectos constantes en todas las sesiones de formación que constituyeron el Programa realizado.

En este sentido queremos destacar nuestro interés en el aprendizaje, no solo de conocimientos y destrezas sino, de una forma especial, en el aprendizaje en la esfera actitudinal de los profesionales. Estamos convencidos de que *las actitudes* constituyen la antesala de los comportamientos, y para que el grupo se comportara como un verdadero *equipo* debían, primero, sentirse como tal^(95,129).

Por esta razón las dinámicas de grupo^(130,131), en ocasiones comprometidas, las técnicas de role-playing y de micro-enseñanza han sido decisivas y continuas a lo largo del Programa de Formación y Entrenamiento para la evolución del grupo en la dirección deseada. Las **Figuras 50 a 52**⁽¹³⁰⁾ recogen algunos momentos del mismo.



Figura 50.- Dinámica de Grupo “El ciego y el lazarillo”⁽¹³⁰⁾

El propósito final del Programa de Formación, dirigido a los Profesionales de Enfermería y los Informadores, fue el de contar con un verdadero equipo de profesionales adecuadamente formados y entrenados en la administración del



Figura 51.- El aprendizaje de actitudes⁽¹³⁰⁾



Figura 52.- Trabajando la empatía⁽¹³⁰⁾

cuestionario que serviría como instrumento de medida en el estudio, así como en las técnicas y habilidades de comunicación eficaz que permitieran ofrecer una atención e información clínica continuas y de calidad a los familiares y acompañantes de los pacientes durante su espera en el Servicio de Urgencias del HCSC a través de la empatía, y mediante la información pro-activa y la Educación para la Salud; todo ello de forma coordinada, evitando contradicciones e interferencias y dando la imagen de equipo⁽¹³¹⁾ **(Figura 53).**



Figura 53.- Generando cohesión de equipo⁽¹³¹⁾

El Programa de Formación y Entrenamiento completo comprendió un total de 75 horas lectivas, distribuidas en 5 sesiones de trabajo, de las que 50 horas fueron presenciales y 25 horas correspondieron al trabajo personal de los profesionales, mediante el análisis y preparación de casos, así como el diseño y estudio de los registros y material básico del estudio, que debían conocer y manejar durante el trabajo de campo. Así, a lo largo de los Talleres y Seminarios presenciales, se intercalaron períodos no presenciales en los que los participantes debían ir elaborando y preparando diferentes intervenciones

relacionadas con el contenido de la siguiente sesión y analizando el material que se utilizaría durante el desarrollo del estudio. Todo ello supuso un total de 25 horas no presenciales.

No podemos ni queremos finalizar la presentación del Programa de Formación sin expresar nuestro agradecimiento a todos los integrantes de la Junta de Centro que en convocatoria ordinaria, con fecha 17 de Marzo de 2010, dieron su consentimiento por unanimidad a que tras la finalización del Programa de Formación, todos los participantes pudieran recibir el correspondiente certificado académico expedido por la Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense conjuntamente con el HCSC.

CRONOGRAMA

1ª Sesión

Seminario Teórico-Práctico: “El Proceso de Comunicación Interhumana”

Fecha celebración - 6 y 7 de Mayo de 2010

Duración - 15 horas lectivas consecutivas
en 2 jornadas completas

2ª Sesión

Taller práctico: “Entrenamiento en Habilidades de Comunicación (I)”

Fecha de celebración - 13 y 14 de Mayo de 2010

Duración - 15 horas lectivas consecutivas
en 2 jornadas completas

3ª Sesión

Taller Práctico: “Entrenamiento en Habilidades de Comunicación (II)”

Fecha de celebración - 28 y 29 de Octubre de 2010

Duración - 10 horas lectivas en 2 jornadas de tarde

4ª Sesión

Seminario: “Conclusiones de la Fase basal (F_0) y unificación de criterios”

Fecha de celebración - 5 de Noviembre de 2010

Duración - 5 horas lectivas en 1 jornada de tarde

5ª Sesión

Seminario: “Evaluación de la Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes”

Fecha de celebración - 21 de Febrero de 2011

Duración - 5 horas lectivas en 1 jornada de mañana

Carga Lectiva Presencial 50 horas

Carga Lectiva No Presencial 25 horas

CARGA LECTIVA TOTAL 75 HORAS

METODOLOGÍA GENERAL

La metodología del Programa de Formación se estableció, en base a nuestra personal experiencia en la formación continua de profesionales en lo relativo al desarrollo de habilidades personales, y en aras de la participación e implicación activa de todos los profesionales participantes en el estudio.

Las técnicas de dinámica de grupo, de role-playing y micro-enseñanza (grabación y visualización-análisis de las intervenciones de los participantes), tras breves sesiones teórico-aplicadas, constituyeron la base del entrenamiento personal de cada uno de los profesionales.

Las **Figuras 54 y 55** muestran el desarrollo de algunas dinámicas de role-playing en los que los informadores invitan a cumplimentar el cuestionario, a veces ante situaciones muy adversas.

En la **Figura 56** los profesionales de enfermería ofrecen información proactiva a los familiares y acompañantes ante diferentes situaciones escenificadas a tal fin.

Todas las situaciones escenificadas fueron estructuradas en torno a un caso clínico diseñado para cada una de ellas, con diferentes tipos de familia en cuanto a su actitud, número de miembros, relaciones familiares y tipo de urgencia que motivaba la demanda asistencial.



Figura 54.- Role-playing: Cumplimentación del cuestionario (I)



Figura 55.- Role-playing: Cumplimentación del cuestionario (II)



Figura 56.- Role-playing: Información Clínica sobre la evolución del paciente

Tras las reuniones mantenidas con los responsables de los distintos profesionales y de acuerdo con la disponibilidad de los mismos, optamos por desarrollar el Programa de Formación con una metodología mixta (intensiva en las dos primeras sesiones y más tradicional en las tres últimas) dado que los objetivos del mismo son tanto de formación y entrenamiento como de implicación y motivación de los profesionales con el estudio. Por otro lado, esto facilitaba la organización tanto del personal de información y acogida como de los profesionales de enfermería, a sus respectivos responsables.

De esta forma acordamos realizar la recogida de información durante F_0 en el período comprendido entre el Lunes 24 de Mayo y el Domingo 13 de Junio del año 2010. La F_1 se desarrollaría entre el Lunes 15 de Noviembre y el Domingo 5 de Diciembre del mismo año. Así todos los profesionales habían recibido al comienzo del estudio en F_0 , las dos primeras sesiones del Programa de Formación, lo cual nos brindaba mayor riqueza en el resto de las sesiones al poder utilizar y aplicar sus experiencias previas en la relación con los familiares y acompañantes de los pacientes que acudían al Servicio de Urgencias.

PROGRAMA

1ª Sesión

Seminario Teórico-Práctico: “El Proceso de Comunicación Interhumana”

Objetivos:

- Conocer el objeto y el planteamiento del estudio
- Conocer y reconocer a todas las personas e instituciones implicadas en el estudio y que avalan y apoyan el mismo
- Identificar los compromisos y responsabilidades de cada uno frente al estudio
- Iniciar la formación en habilidades de comunicación con los familiares y acompañantes, y también en el ámbito interprofesional
- Marcar la dinámica y filosofía en el funcionamiento de la *Unidad de Atención e Información a la Familia y los Acompañantes*
- Asumir el protagonismo y la responsabilidad en el estudio, especialmente en las fases de recogida de información y de intervención.
- Generar cohesión de equipo entre todos los profesionales (intra e intergrupo)

Contenidos

- Presentación del estudio y del Programa de Formación
- Formación de grupos de trabajo
- La transmisión de información I (el emisor, el mensaje, el código, el receptor)
- La transmisión de información II (el canal, la comunicación verbal y no verbal, la comunicación escrita y la percepción)
- La transmisión de información Vs. el proceso de comunicación
- El feedback en la comunicación eficaz
- La escucha activa en el proceso de comunicación interhumana
- Trabajo de grupo
- Dinámicas de grupo
- Presentación y puesta en común de trabajos de grupo
- Micro-enseñanza
- Presentación del trabajo personal y conjunto para la próxima sesión
- Entrega de documentación

2ª Sesión

Taller práctico: “Entrenamiento en Habilidades de Comunicación (I)”

Objetivos:

- Continuar la formación en habilidades de comunicación con los familiares y acompañantes, y también en el ámbito interprofesional
- Iniciar el entrenamiento personal en habilidades de comunicación
- Asumir la necesidad de la cohesión del equipo entre todos los participantes
- Unificar la metodología a seguir en la administración de los cuestionarios y en el desarrollo de las sesiones de información a los familiares y acompañantes

Contenidos

- El diálogo como instrumento básico en la comunicación en el ámbito sanitario
- La excelencia en la comunicación como garante de la calidad asistencial percibida
- Vídeo-fórum: análisis y discusión de casos
- Role-Playing: metodología de la administración de cuestionarios (la presentación, la explicación, el desarrollo y las aclaraciones, la comprobación, el agradecimiento y la despedida)
- Role-Playing: metodología de las sesiones de información proactiva (la presentación, la explicación y el desarrollo, el cierre y el registro de cada sesión, y la continuidad)
- Role-Playing: sesiones conjuntas de información y administración de cuestionarios
- La importancia de la credibilidad en el profesional: La imagen de seguridad y la confianza
- Registros y cuestionarios para la recogida de información
- Trabajos de grupo
- Dinámicas de grupo
- Micro-enseñanza
- Presentación del trabajo personal y conjunto para la próxima sesión
- Entrega de documentación

3ª Sesión

Taller Práctico: “Entrenamiento en Habilidades de Comunicación (II)”

Objetivos:

- Consolidar el entrenamiento personal en habilidades de comunicación
- Detectar y corregir deficiencias individuales en materia de comunicación interhumana
- Asentar la necesidad de la cohesión del equipo entre todos los participantes
- Asentar el protagonismo y la responsabilidad en el Estudio, especialmente en las fases de recogida de información y de intervención
- Interiorizar el concepto de “*excelencia en la atención*” a los familiares y acompañantes

Contenidos

- Impacto de la información clínica continua y pro-activa en el grado de satisfacción de los usuarios
- Trabajo en equipo y Excelencia en la Calidad Asistencial: requisito y consecuencia
- La creatividad en la excelencia en la Calidad Asistencial
- La información en situaciones difíciles: el tacto en comunicación
- Presentación y puesta en común de trabajos de grupo
- Autovaloración individual
- Role-Playing: sesiones conjuntas de información y administración de cuestionarios
- Trabajos de grupo
- Dinámicas de grupo
- Dinámicas individuales
- Micro-enseñanza
- Presentación del trabajo personal y conjunto para la próxima sesión
- Entrega de documentación

4ª Sesión

Seminario:

“Conclusiones de la Fase basal (F_0) y unificación de criterios”

Objetivos:

- Conocer las dificultades percibidas por los participantes (organizativas, metodológicas, etc.)
- Consensuar procedimientos y protocolos para la toma de decisiones
- Garantizar la fluidez en la comunicación entre los participantes en el Programa de Formación y los responsables del estudio

Contenidos

- Resultados obtenidos en la *Fase Basal* (F_0), y análisis de problemas
- Toma de decisiones y consensos
- Trabajos de grupo
- Dinámicas de grupo
- Micro-enseñanza: análisis de la evolución individual de los participantes a lo largo del Programa de Formación

5ª Sesión

Seminario:

“Evaluación de la Unidad de Atención e Información a los Familiares y Acompañantes”

Objetivos:

- Evaluar el funcionamiento de la Unidad y su impacto percibido por los participantes
- Conocer y analizar los problemas encontrados en la administración de los cuestionarios y en la *Fase de intervención* (F_1)
- Presentar los resultados preliminares

Contenidos

- Puesta en común y análisis de eventos y situaciones durante el estudio
- Dificultades encontradas y decisiones adoptadas
- Sugerencias de mejora
- Presentación de los resultados
- Entrega de acreditación y Clausura del Programa de Formación

ANEXO V

***“GUÍA DE INFORMACIÓN
PARA FAMILIARES Y ACOMPAÑANTES”***

Identificación del personal

Todos los profesionales llevan una tarjeta de identificación en la que figura su nombre y su categoría profesional. Además un color ayuda a identificar cada uno de los grupos profesionales. Así:

Verde

Azul oscuro

Azul Claro

Rojo

Gris

Equipo Directivo

Prof. Médico

Prof. Enfermería

Celadores, Administrativos

Auxiliares de Enfermería

GUÍA DE INFORMACIÓN PARA FAMILIARES Y ACOMPAÑANTES

SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITAL CLÍNICO DE SAN CARLOS



C/ Profesor Martín Lagos
28040 Madrid

Teléfonos

91 - 330 30 00 (Centralita)

91 - 330 32 28 (Aton. Usuario)



CENTROS DE URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

Servicio de Urgencias Espronceda

C/ Espronceda, 24

Tfno.: 112

Servicio de Urgencias Avda. Portugal

Avda. Portugal, 155

Tfno.: 112

Servicio de Urgencias Aluche (Las Águilas)

C/ José de Cadalso s/n

Tfno.: 112

Servicio de Urgencias Carabanchel

C/ Aguacate, 9

Tfno.: 112

Bienvenido al Servicio de Urgencias

El Servicio de Urgencias está destinado a proporcionar la atención necesaria en cada caso a los pacientes que acudan al mismo, y se ubica en dos plantas (baja y primera) con el Área de Ambulantes y el Área de Agudos.

Los familiares y acompañantes de los pacientes podrán esperar en las **Salas de Espera** ubicadas en nuestras dependencias, en las cuales disponen de cuarto de baño y máquinas expendedoras de snacks, agua, café y bebidas Refrescantes.

Organización del Servicio de Urgencias

A su llegada, el paciente es valorado por personal especializado en una **primera asistencia**, mediante la que se establecerá su urgencia según *5 niveles de prioridad*.

Tras la *primera asistencia*, y dependiendo del nivel de prioridad el paciente será ubicado en el Área más adecuada a su situación.

Los pacientes cuya prioridad sea más alta serán atendidos en primer lugar, teniendo una espera más prolongada aquellos cuya prioridad resulte más baja, independientemente del momento de su llegada al Servicio de Urgencias. Las necesidades de cada paciente harán que existan diferentes tiempos de espera, motivo por el que solicitamos su comprensión y colaboración.

La información a los familiares y acompañantes

En nuestro Servicio de Urgencias disponemos de un Servicio de profesionales **Informadores Chaquetas Verdes**

adecuadamente identificados a quienes se pueden dirigir los familiares y acompañantes en caso de dudas o cualquier necesidad. Ellos podrán ofrecerle información sobre las gestiones que tengan que realizar, así como relativa a la organización y funcionamiento del Servicio de Urgencias.

Mejorando la atención a los familiares y acompañantes

Actualmente nos encontramos realizando un estudio para conocer su opinión sobre aquellos aspectos que, según su criterio, ayudarían a mejorar su estancia entre nosotros en calidad de familiares o acompañantes de alguno de los pacientes.

Al tratarse de un estudio piloto estamos seleccionando al azar algunas familias, entre las que se encuentra la suya y si ustedes aceptan participar en el mismo, un **Profesional de Enfermería**, que forma parte del equipo investigador, se pondrá en contacto con ustedes para solicitar su colaboración y será el responsable de mantener una relación continua durante su espera en el Servicio de Urgencias. Finalmente un **Informador Chaqueta Verde** del equipo investigador solicitará su opinión mediante un cuestionario acerca de la atención que ha recibido durante la espera.

AGRADECEMOS SINCERAMENTE SU COLABORACIÓN



BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

- 1.-** Mir Montejano M, Capilla Pueyo R, Garcés Jiménez C, Cantalejo Moreira M. Atención Primaria: ¿es realmente la puerta de entrada al sistema sanitario? Aten Primaria. 1998;9(21):646-47.
- 2.-** Instituto de Información Sanitaria. Barómetro Sanitario. Evolutivo 1995-2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.
- 3.-** Miró O, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Indicadores de calidad en urgencias: comportamiento en relación con la presión asistencial. Med Clin (Barc). 2001;116(3):92-7.
- 4.-** Miró O, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Estimación del efecto relativo que ejercen la presión externa e interna sobre la eficacia de un servicio de Urgencias de Medicina. Med Clin (Barc). 2000;115:294-6.
- 5.-** Castells X. Utilización de los servicios de urgencia hospitalarios. La importancia de la perspectiva de los usuarios. Gac Sanit. 2006;20:99-100
- 6.-** Taylor C, Benger JR. Patient satisfaction in emergency medicine. Emerg Med J. 2004;21:528-32.
- 7.-** Toma G, Triner W, McNutt LA. Patient satisfaction as a function of emergency department previst expectation. Ann Emerg Med J. 2009;54:360-7.
- 8.-** Bourdeaux Ed, O’Hea EL. Patient satisfaction in the emergency department: a review of the literature and implications for practice. Emerg Med J. 2004;26:13-26.
- 9.-** Sempere T, Peiró S, Sendra P, Martínez C, López I. Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. Rev Esp Salud Pública. 1999;73:465-79.
- 10.-** Sánchez López J, Luna del Castilla JD, Jiménez Moleón JJ, Delgado-Martín AE, López de la Iglesia B, Bueno-Cavanillas A. Propuesta y validación del Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias modificado. Med Clin (Barc). 2004;122(5):177-79.

- 11.-** Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G et al. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gac Sanit.* 1999;13:361-70.
- 12.-** Ochoa J, Ramallé-Gomara E, Villar A, Ruiz JI, Bragado L, Gimeno C. Visitas inapropiadas al servicio de urgencias de un hospital general. *Med Clin (Barc).* 2000;115:377-78
- 13.-** Sempere T, Peiró S, Sendra P, Martínez C, López I. Inappropriate use an accident and emergency department: magnitude, associated factors and reasons an approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med.* 2001;37:568-79.
- 14.-** Miró O, Sánchez M, Milla J. Hospital mortality and stadd workload. *Lancet.* 2000; 356:1356-57.
- 15.-** Sánchez M. ¿Urgencias inadecuadas u oferta insuficiente? *Med Clin (Barc).* 2004; 123(16):619-20.
- 16.-** Sánchez M, Miró O, Coll-Vinent B, Bragulat E, Espinosa G, Gómez-Angelats E, et al. Saturación del Servicio de Urgencias: factores asociados y cuantificación. *Med Clin (Barc).* 2003;121:167-72.
- 17.-** Jiménez S, Real G de la, Miró O, Bragulat E, Coll-Vinent B, Senar E, et al. Efectividad de la incorporación de un médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. *Med Clin Barc.* 2005; 125(4):132-37.
- 18.-** Ortega B, Salazar A, Masip J, Rodríguez E, Escarrabill J, Corbella X. Reclamaciones en un servicio de urgencias: estudio de 13 años en un hospital universitario. *Rev Cal Asist.* 2006;21(1):25-30.
- 19.-** Fernández Moyano A, Callejas Rubio JL, Paredes García MI, Navarro Hidalgo D. Tiempos de espera y calidad asistencial en urgencias *Med Clin (Barc).* 2001;117:559.

- 20.-** Lane D, Monefeldt C, Rosenhead J. Emergency ... but no accident. A system dynamics study of an accident and emergency department. *O Insight*. 1998;11(4):2-10
- 21.-** Tudela P, Mòdol JM. Urgencias hospitalarias. *Med Clin (Barc)*. 2003;120(18):711-16.
- 22.-** Canovas MR. El triatge las serveis d'urgències dels hospitals. *Ann Med (Barc)*. 2002;85:129-31.
- 23.-** Berveridge R. The Canadian Triage and Acuity Scale: a new and critical element in health care reform. *J Emerg Med*. 1998;16:507-11.
- 24.-** Del Llano Señarís J, Hidalgo Vega A, Pérez Camarero S. ¿Estamos satisfechos los ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud? Madrid: ERGON, 2006.
- 25.-** Sánchez Martos, J. La cantidad y la calidad de la información en los Servicios de Urgencia Hospitalarios. *Rev Méd*. 2009;96: 31.
- 26.-** Gamella Pizarro C, Sánchez Martos J. Las urgencias hospitalarias: ¿sólo para salvar vidas?. *Jano [Internet]*. 2011; 00(1770):78-80. [citado 19 junio 2011]. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es/revistas/jano-medicina-humanidades-1/las-urgencias-hospitalarias-solo-salvar-vidas-90002653-desarrollo-profesional-2011>.
- 27.-** Garrouste Oregas M, Philippart F, Timsit JF, Diaw F, Willems V, Tabah A et al. Perceptions of a 24 hour visiting policy in the Intensive Care Unit. *Crit Care Med*. 2008;36:30-5.
- 28.-** Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon A, Shepard E. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered Intensive Care Unit. American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med*. 2008;36:30-5.

- 29.-** Vázquez Calatayud M, Eseverri Azcoiti MC. El cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva de Jean Watson. *Enferm Intensiva*. 2010;21(4):161-64.
- 30.-** Rubio Herrera R, Cabezas Casado JL, Aleixandre Rico M, Fernández Jiménez C. Un modelo de satisfacción vital basado en la comunicación tripartita. *Index Enferm (Gran)*. 1998;23:22-25.
- 31.-** Mira JJ. Calidad percibida. Una revolución silenciosa. *Rev Cal Asist*. 2001;16:162-63.
- 32.-** Cléries Costa X, Borrell i Carrió F, Epstein RM, Kronfly Rubiano E, Escoda Areste JJ, Martínez Carretero. Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica. *Aten Primaria* 2003;32:110-7.
- 33.-** Atilano MT, Aragonés ML. La Unidad de Información de Urgencias. *Mapfre Med*. 1993;4(1):78-80.
- 34.-** Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Carbonell MA, Pérez-Jover V, Blaya I, García A, et al. Causas de satisfacción e insatisfacción en urgencias. *Rev Cal Asist*. 2001;16:390-96.
- 35.-** Morales Guijarro AM, Nogales Cortés MD, Pérez Tirado L. Acompañante satisfecho, un indicador de calidad. *Rev Cal Asist*. 2011; 26(1):47-53.
- 36.-** Martínez-Jarreta B, Gascón S, Santed MA, Goicoechea J. Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. *Med Clin (Barc)*. 2007;128(8):307-10.
- 37.-** Ortega M, Esteban MJ, Miró O, Sánchez M, Millá J. Estudio prospectivo de los enfermos que abandonan un servicio de urgencias antes de ser atendidos por el médico. *Med Clin*. 2000;1(115):15-20.
- 38.-** Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. BOE n. 102 de 29/4/1986.

- 39.-** Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica BOE n. 274 de 15/11/2002.
- 40.-** Ley 12/2001, de 21 de Diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. BOCM n. 306 de 26/12/2001.
- 41.-** Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Med Clin (Barc). 2000;114(Supl 3):26-33.
- 42.-** Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Cal Asist. 2001;16:276-79.
- 43.-** Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. Rev Cal Asist. 2002;17:22-9.
- 44.-** Domínguez D, Cervera E, Disdier MT, Hernández M, Martín MC, Rodríguez J. ¿Cómo se informa a los pacientes en un servicio de urgencias hospitalario? Aten Primaria. 1996;17:280-83.
- 45.-** Vallès Fernández R, Morón Besolí A, Franzi Siso A, Real Gatius J, Mariño Hernández EL. ¿Cómo aumentar la implicación del paciente de urgencias en su tratamiento?: eficacia de unos posters informativos. Aten Primaria. 2006;37(6):339-46.
- 46.-** Martínez O. Expectativas en el momento de la demanda. Utilidad de su estudio y papel en la mejora de la calidad asistencial. Psiquis. 1995;16:226-87.
- 47.-** Mira JJ, Rodríguez J, Tirado S, Sitges E. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. Rev Cal Asist. 2000;5:36-42.
- 48.-** Barrasa JI, Aibar C. Revisión Sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el período 1986-2001. Rev Cal Asist. 2003;18(7):580-90.
- 49.-** Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. J Public Health Med. 1992;14(3):236-49.

- 50.-** Rebull J, Castellà M, de Pablo A, Vázquez R, Portoles M, Chanovas RM. Satisfacción de los usuarios de un servicio de urgencias: comparación de resultados. *Rev Cal Asist.* 2003;18(5):286-290.
- 51.-** Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *Arch Pathol Lab Med.* 1997;121:1145-50.
- 52.-** Núñez S, Martín-Martín AF, Rodríguez I, González I, Antolín J, Hernández R, et al. Identificación de problemas de calidad en la información clínica a usuarios de un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Clin Esp* 2002;202(12):629-34.
- 53.-** Oliver RL. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *J Marketing Res* 1980;42:460-469.
- 54.-** Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. *Soc Scie Med.* 1982;16:583-89.
- 55.-** Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Scie Med.* 1982;16:577-582.
- 56.-** Miño G. Gestión por procesos y calidad asistencial. *Jano, Medicina y Humanidades.* 2001;61:10.
- 57.-** Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research. *J Mark.* 1994;58:111-24.
- 58.-** Martín MT, Román MV. Los círculos del paciente: pieza clave para mejorar la calidad en el sistema sanitario. *Harvard Bus Rev.* 1998;86:96-103.
- 59.-** Palacio L, Díez JD. ¿Influye la calidad técnica de nuestro trabajo en la satisfacción de nuestro cliente? *Rev Cal Asist.* 1999;14:661-66.
- 60.-** Robles García M, Dierssen Sotos T, Llorca Díaz J, Díaz Mendi AR, Herrera Carral P. En busca de la excelencia: el perfil del paciente "supersatisfecho". *Rev Cal Asist.* 2004;19(1):34-7.

- 61.-** Strasser S, Aharony L, Greenberger D. The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model. *Med Care Rev.* 1993;50:219-48.
- 62.-** Gea MT, Hernán-García M, Jiménez-Martín JM, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del servicio de urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. *Rev Cal Asist.* 2001;16:37-44.
- 63.-** Engel KG, Heisler M, Smith DM, Robinson CH, Forman JH, Ubel PA. Patient comprehension of emergency department care and instructions: Are patients aware of when they do not understand? *Ann Emerg Med.* 2009;53(4):454-61.
- 64.-** Lautrette A, Darmon L, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie Ch, et al. A Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU. *New Eng J Med.* 2007; 5(356):469-78.
- 65.-** Bursch B, Beezy J, Shaw R. Emergency department satisfaction: what matters most? *Ann Emerg Med.* 1993;22:286-91.
- 66.-** Vázquez B, Pardo G, Fernández G, Canals M, Delgado MA, Navas M. ¿Por qué acuden nuestros pacientes a urgencias del hospital? *Aten Primaria.* 2000;3(25):98-105.
- 67.-** Coulehan J. An alternative view: listening to patients. *Lancet.* 1999;354:1467-68.
- 68.-** Bayés R, Morera M. El punto de vista del paciente en la práctica clínica hospitalaria. *Med Clin (Barc).* 2000;4(115):141-44.
- 69.-** Andrés M, García Castrillo L, Rubini S, Juárez R, Skaf E, Fernández M, et al. Evaluación del efecto de la información en la satisfacción de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios. *Rev Cal Asist.* 2007;22(4):161:67.
- 70.-** Espinosa G, Miró O, Coll-Vinent B, Sánchez M, Millá J. Effects of internal and external factors on emergency department overcrowding. *Ann Emerg Med.* 2002;39:693-95.

- 71.-** Miró O, Sánchez M, Espinosa G, Coll-Vinent B, Bragulat E, Milla J. Analysis of patient flow in the emergency department and the effect of an extensive reorganisation. *Emerg Med J*. 2003;20:143-48.
- 72.-** Rhee K, Bird J. Perceptions and satisfaction with emergency department care. *J Emerg Med*. 1996;14:679-83.
- 73.-** Sun B, Adams J, Orav EJ, Rucker DW, Brennan T, Burstin H. Determinants of patients satisfaction and willingness to return with emergency care. *Ann Emerg Med*. 2000;35:426-34.
- 74.-** Núñez S, Marco T, Burillo-Putze G, Ojeda J. Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias. *Med Clin (Barc)*. 2006;127(15):580-83.
- 75.-** Carbonell MA, Aranaz J, Mira JJ, Pérez V. ¿Qué población utiliza el servicio de urgencias hospitalario? *Rev Cal Asist*. 2004;19(6):370-73.
- 76.-** Caballero O. Medicina de familia y medicina de urgencias. *Aten Primaria*. 2001;1(27):58-61.
- 77.-** Miró O, Dios A de, Antonio MT, Sánchez M, Borrás A, Millá J. Estudio de la mortalidad en un servicio de urgencias de medicina hospitalario: incidencia, causas y consecuencias. *Med Clin (Barc)*. 1999;18(112):690-92.
- 78.-** Sánchez Martos J. Comunicación Vs. Humanización. *Rev Méd*. 2007;83:75.
- 79.-** Wilkins PS, Beckett MW. Audit of unexpected return visits to an accident and emergency department. *Arch Emerg Med*. 1992;9:352-356.
- 80.-** Armstrong AM, Pennycook AG, Swann IJ. Unplanned re-attendance in the accident and emergency department. *Scot Med J*. 1991;36:111-114.
- 81.-** Gerberich SG, Church TR, MacGovern PM, Hansen HE, Nachreiner NM, Geisser MS, et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurse's Study. *Occup Environ Med*. 2004;61:495-503.

- 82.-** Anderson C, Parish M. Report of workplace violence by Hispanic nurses. *J Transcultural Nurs.* 2003;14:237-43.
- 83.-** Atawneh FA, Zahid MA, Al-Sahalawi KS, Shahid AA, Al Farrah MH. Violence against nurses in hospitals: prevalence and effects. *Br J Nurs.* 2003;12:102-07.
- 84.-** Ortega B, Salazar A, Masip J, Rodríguez E, Escarrabill J, Corbella, X. Reclamaciones en un servicio de urgencias: estudio de 13 años en un hospital universitario. *Rev Cal Asist.* 2006;21(1):25-30.
- 85.-** Hutchison B, Ostbye T, Barnsley J, Stewart M, Mathews M, Campbell MK, et al. Ontario Walk-in clinic Study. Patient satisfaction and quality care in walk-in clinics, family practices and emergency departments: the Ontario Walk-in Clinic Study. *CMAJ.* 2003;168(8):977-83.
- 86.-** Cuñado A, Jiménez MA, Lanero B, Matallanos P, García F. Satisfacción de los pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias Hospitalario. *Enf Cientif.* 1997;186-187:55-61.
- 87.-** Bache J. Emergency medicine: past, present and future. *J R Soc Med.* 2005;98:255-58.
- 88.-** Ashok J, Ogden J. General practitioners "experiences of patients" complaints: a qualitative study. *BMJ.* 1999;318:1596-99.
- 89.-** Mateos Monge G, Mateos Monge R, Espinosa de los Monteros ML. Burnout. En: Espinosa de los Monteros ML. *Psicología y hospitalización. Atención en urgencias.* 2ª ed. Alcalá la Real (Jaén): Formación Alcalá; 2006. p. 387-401.
- 90.-** Casado Moragón A, Muñoz Durán G, Ortega González N, Castellanos Asenjo A. Burnout en profesionales de los servicios paliativos, intensivos y urgencias de un gran hospital. *Med. Clin (Barc).* 2005;124(14): 554-56.

- 91.-** Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan de Calidad Integral de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid 2002-2007. Madrid: La Consejería; 2003.
- 92.-** Peiró S, Artells JJ, Meneu R. Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. Gac Sanit. 2011;25(2):95-105.
- 93.-** Rodrigo Rincón MI. Los profesionales sanitarios y la calidad. No sólo es cuestión de dialéctica. Rev Cal Asist. 2011;26(2):73-5
- 94.-** Loureriro N, Rodeño MA, Pérez R. Atención Integral de Enfermería en el área de urgencias. Enf Cientif. 1999;202-203:27-30.
- 95.-** Sánchez Martos J. Marco conceptual de la Promoción y la Educación para la Salud. En: Marqués F, Sáez S, Guayta R. editores. Métodos y medios en Promoción y Educación para la Salud. Barcelona: U.O.C.; 2004. p. 25-61.
- 96.-** Sánchez Martos J. Gamella Pizarro C. La educación sanitaria como forma de prevención en geriatría. En: Ribera JM, Gil P. Prevención en geriatría ¿es posible? Madrid: Edimsa; 2003. (Clínicas Geriátricas). p. 243-58.
- 97.-** Sánchez Martos J. Gamella Pizarro C. Educación diabetológica del paciente y su familia. En: Ribera JM, Gil P. La Diabetes Mellitas tipo 2: un problema geriátrico en alza. Madrid: Edimsa; 2004. (Clínicas Geriátricas). p. 223-38.
- 98.-** Hospital Clínico de San Carlos. Plan Estratégico 2006-2009. Madrid: Comunidad de Madrid, Servicio Madrileño de Salud; 2006 [citado 2 febrero 2009]. Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1191579530574&language=es&pageid=1191579462083&pagename=HospitalClinicoSanCarlos%2FHOSP_Contentido_FA%2FHCLN_generico

99.- Hospital Clínico de San Carlos. Plan Estratégico 2010-2014. Madrid: Comunidad de Madrid, Servicio Madrileño de Salud; 2010 [citado 15 marzo 2011]. Disponible en:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1191579468647&language=es&pagename=HospitalClinicoSanCarlos%2FPage%2FHCLN_contenidoFinal

100.- Hospital Clínico de San Carlos. Memoria 2009. Madrid: Comunidad de Madrid, Servicio Madrileño de Salud [citado 1 diciembre 2010]. Disponible en:

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DMEMORIA+HCSC+2009.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271717091733&ssbinary=true>

101.- Hospital Clínico de San Carlos. Memoria 2010. Madrid: Comunidad de Madrid, Servicio Madrileño de Salud [citado 29 noviembre 2011]. Disponible en:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=MEMORIA_HCSC_2010.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalClinicoSanCarlos&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310627673110&ssbinary=true

102.- Hospital Clínico de San Carlos. Servicio de Archivo y Documentación Clínica. Demanda Asistencial realizada en el Servicio de Urgencias en los períodos del 24-05-2009 a 13-06-2009 y del 15-11-2009 5-12-2009. Madrid: Comunidad de Madrid, Servicio Madrileño de Salud; 2010.

103.- Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS. Un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. Med Prev. 1998;IV:12-18.

- 104.-** Monteagudo O, Navarro C, Alonso P, Casas R, Rodríguez L, García J, et al. Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. *Rev Cal Asist.* 2003;18(5):263-71.
- 105.-** Mira JJ. Satisfecho, sí gracias... pero ahora qué... *Rev Cal Asist.* 2003;18(7):567-69.
- 106.-** Carbonell Torregrosa MA. Medición del nivel de satisfacción de los usuarios de los Servicios de Urgencias Hospitalarios. [Tesis Doctoral]. Alicante: Universidad Miguel Hernández; 2001.
- 107.-** Miró O, Salgado E, Bragulat E, Junyent M, Asenjo MA, Sánchez M. Estimación de la actividad en urgencias y su relación con la provisión de camas de hospitalización. *Med Clin Barc.* 2006;1227(3):86-89.
- 108.-** Martín Rodríguez G, Cáceres Hernández JJ. Un método de obtención del patrón estacional de frecuentación de un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Esp Salud Pública* 2005; 79:5-15.
- 109.-** Hospital Clínico de San Carlos. Servicio de Atención al Usuario. Reclamaciones interpuestas por los usuarios desde el Servicio de Urgencias en los períodos comprendidos entre el 24-05-20010 a 13-06-2010 y del 15-11-2010 a 5-12-2010. Madrid: Comunidad de Madrid, Servicio Madrileño de Salud; 2011.
- 110.-** Birkenbihl M. Formación de Formadores. Manual práctico para educadores y profesores, con 21 juegos de rol y estudio de casos. 18ª ed. Madrid: Paraninfo; 2008. p. 49-51.
- 111.-** Yáñez Quintana B, Santana Cabrera A, Hernández Montesdeoca A, Molina Tercero A. Actitudes del personal de enfermería de cuidados intensivos hacia las visitas. *Med Intensiva* 2011;35(1):62-3.
- 112.-** Martínez Moreno C, Cordero Castro A, Palacios Cuesta D, Blázquez Gamero D, Martín Ferrer MM. Presencia de los familiares durante la realización de procedimientos invasivos. *An Pediatr (Barc).* 2012; 77(1):28-36.

- 113.-** Pérez Tirado L, Hernández Blanco M, Nogales Cortés MD, Sánchez Sánchez MJ. Evaluación de la satisfacción de los familiares en las urgencias pediátricas. *Rev Cal Asist.* 2010;25(2):58-63.
- 114.-** Bernat Adell MD, Tejedor López J, Sanchis Muñoz J. ¿Cómo valoran y comprenden los familiares la información proporcionada en una unidad de cuidados intensivos? *Enferm Intensiva* 2000;11(1):3-9.
- 115.-** Santana Cabrera L, Ramírez Rodríguez A, García Martul M, Sánchez Palacios M, Martín González JC, Hernández Medina E. Encuesta de satisfacción a los familiares de pacientes críticos. *Med Intensiva* 2007;31(2):57-61.
- 116.-** Ruiz Romero V, Fajardo Molina J, García Garmendia JL, Cruz Villalón F, Rodríguez Ortiz R, Varela Ruiz FJ. Satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. *Rev Cal Asist.* 2011;26(2):111-22.
- 117.-** Thompson DA, Yarnold PR, Williams DR, Adams SL. Effects of Actual Waiting Time, Perceived Waiting Time, Information Delivery and Expressive Quality on Patient Satisfaction in the Emergency Department. *Ann Emerg Med* 1996;28:657-65.
- 118.-** Stuart PJ, Parker S, Rogers M. Giving a voice to the community: a qualitative study of consumer expectations for the emergency department. *Emerg Med* 2003;15:369-75.
- 119.-** Taylor DM, Wolfe R, Cameron PA. Complaints for emergency department patients largely result from treatment and communication problems. *Emerg Med* 2002;14(1):43-9.
- 120.-** Correia Loureiro SM, Miranda González FJ. Calidad y satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: análisis de un hospital de la zona centro de Portugal. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa* 2010;16(2):27-41.

- 121.-** Blanco Abril S, Sánchez Vicario F, Chinchilla Nevado MA, Cobrero Jiménez EM, Mediavilla Durango M, Rodríguez Gonzalo A, et al. Satisfacción de los pacientes de urgencias con los cuidados enfermeros. *Enferm Clín* 2010;20(1):23-31.
- 122.-** González Canomanuel MA, Villajañez García C, Sánchez Mates B, López Ropero A, Leal Eizaguirre R, Cortés Bermejo S. Estudio de los acompañantes conflictivos en un servicio de urgencias. *Emergencias* 2001;13:304-8.
- 123.-** Carbonell MA, Aranaz JM, Mira JJ, Pérez V, García A. La técnica cualitativa en la mejora de la satisfacción en urgencias. *Emergencias* 2004;16:184-9.
- 124.-** Eitel DR, Rudkin SE, Malvey MA, Killeen JP, Pines JM. Improving service quality by understanding emergency department flow: a white paper and position statement prepared for the American Academy of Emergency Medicine. *Emerg Med J.* 2010;38(1):70-9.
- 125.-** Mercer Ray M. The Dark Side of the job: violence in the Emergency Department. *J Emerg Nurs* 2007;33(3):257-61.
- 126.-** Borrell i Carrió F. Estudio del paciente conflictivo: guía para profesionales atareados. *Jano* 2008; Mayo-Junio: 41-6.
- 127.-** Ballesteros García M, Sánchez Tiemblo M, Fernández Cano P, Criado Álvarez JJ, García Testal A. Análisis de la comunicación médico-paciente: ¿transmitimos y reciben lo esencial? *Semergen* 2010;36(9):507-12.
- 128.-** Leal Costa C, Luján Cebrián I, Gascón García J, Ferrer Villalonga L, Van-der Hofstadt Román CJ. Habilidades sociales en los profesionales de urgencias y cuidados críticos de un hospital público comarcal. *Enferm Intensiva* 2010;21(4):136-41.
- 129.-** Gamella Pizarro C. Educación para la Salud individual frente a la grupal. En: Marqués F, Sáez S, Guayta R. editores. *Métodos y medios en Promoción y Educación para la Salud*. Barcelona: U.O.C.; 2004. p. 129-46.

- 130.-** Sáez Cárdenas S, Marqué Molías F, Colell Brunet R. Educación para la Salud. Técnicas para el trabajo con pequeños grupos. Lleida: Pagès Editors; 1995. p. 73-4.
- 131.-** Pallarés M. Técnicas de grupo para educadores. 5ª ed. Madrid: ICCE; 1988. p. 65-7.

